

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE

Professeur: J. AJURIAGUERRA

Professeur: G. GARRONE

Professeur: R. TISSOT

**Les épisodes schizophréniques aigus
et les unités de jour
Essai sur l'utilisation
d'un traitement original :
la trithérapie**

Présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en Médecine

par

Eurico José PALHEIROS DE CARVALHO FIGUEIREDO
du
PORTUGAL

Thèse No. 3518

Genève
Service Rapide Offset

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE

Professeur: J. AJURIAGUERRA

Professeur: G. GARRONE

Professeur: R. TISSOT

**Les épisodes schizophréniques aigus
et les unités de jour
Essai sur l'utilisation
d'un traitement original :
la trithérapie**

Présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en Médecine

par

Eurico José PALHEIROS DE CARVALHO FIGUEIREDO
du
PORTUGAL

Thèse No. 3518

Genève
Service Rapide Offset
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur *Gaston Garrone*, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 16 juillet 1976

Le doyen:
Prof. *Marcel Jenny*

Thèse No. 3518



Remerciements

A Monsieur le Professeur Gaston GARRONE, mon Directeur de thèse et à Monsieur le Docteur Paul HERMANN, pour l'attention et les conseils qu'ils m'ont prodigués.

A tous ceux qui, par les révisions bibliographiques, enquêtes sur dossiers, analyses statistiques ou d'une autre façon, ont contribué à l'élaboration de cette thèse. Je les nommerai par ordre alphabétique : Bangerter M., Barrelet L., Brooke E.N., Destouches Ph., Fischer W., Graber C., Louca A.-L., Posse S., Roux N., Seguin M.

Aux membres des équipes du Centre de traitement de jour de Carouge (1971-1976) et Eaux-Vives - Pâquis (1972-1973) qui ont participé à une expérience commune dont ce travail a voulu donner le reflet vivant.

Je remercie également les Laboratoires Hoffmann-La Roche de leur aimable contribution à la publication de cette thèse.

A BERTA

I INTRODUCTION

II LES UNITES DE JOUR ET LEURS CARACTERISTIQUES

1. Traitements de jour et Unités de jour en psychiatrie
2. Les caractéristiques des Unités de jour comparées à celles des Unités d'hospitalisation à temps complet

III L'UTILISATION DES UNITES DE JOUR POUR PREVENIR LES HOSPITALISATIONS

1. Les cas psychiatriques généraux
2. Les épisodes schizophréniques aigus

IV LE CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

1. Type d'Unité de jour
2. La place du Centre de traitement de jour de Carouge au Centre psycho-social universitaire
3. Le fonctionnement du Centre de traitement de jour de Carouge.

V LES THERAPIES COLLECTIVES ET LA SCHIZOPHRENIE

1. Thérapie collective centrée sur un malade
2. Psychodrame
3. Cothérapie de groupe
4. Thérapie multiple de la famille

VI TRITHERAPIE DES EPISODES SCHIZOPHRENIQUES AIGUS AU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

1. Les traitements et les visites à domicile
2. L'accueil
3. Un traitement intégré
4. La famille

VII BILAN DES TRAITEMENTS

1. Les cas psychiatriques généraux
2. Les épisodes schizophréniques aigus

VIII CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Nous travaillons au Centre de traitement de jour de Carouge depuis sa fondation, en 1970.

Ce Centre est une unité du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de Genève qui intègre un hôpital, la clinique psychiatrique de Bel-Air et un service ambulatoire, le Centre psycho-social universitaire, auquel il est rattaché.

Notre propre expérience nous a appris à apprécier les énormes potentialités d'utilisation des unités de jour, et nous sommes en mesure d'affirmer l'importance de ces services dans la psychiatrie ambulatoire. Entre autres vocations, et non des moindres, les unités de jour peuvent être utilisées afin d'éviter un grand pourcentage d'hospitalisations en clinique, tels les épisodes schizophréniques aigus qui soulèvent davantage de craintes irrationnelles et qui dans notre culture, relèvent en général d'une hospitalisation à temps complet.

Au Centre de traitement de jour de Carouge, nous avons introduit une thérapie collective* originale : un groupe de trois thérapeutes, - un médecin ou un psychologue et deux infirmiers (un homme et une femme) - prennent en charge chaque malade tout au long du séjour au Centre. Cette technique qui peut aussi s'appliquer à d'autres cadres thérapeutiques psychiatriques, se révèle utile dans les traitements de jour pour toutes les catégories de malades, ce qui tient en partie aux caractéristiques générales des traitements hospitaliers, à temps partiel ou à temps complet. En effet, dans ce type de cadre, les patients bénéficient en général de multiples interlocuteurs et abords thérapeutiques.

Les unités de jour, à leur tour, renforcent le besoin d'un abord thérapeutique multiple par le fait qu'une des caractéristiques de ce cadre est que l'équipe thérapeutique doit tenir compte non seulement de ce qui se passe à l'intérieur de l'institution, mais aussi de ce qui se passe à l'extérieur, surtout par rapport aux patients présentant des décompensations schizophréniques aiguës. Dans ces conditions, la thérapie par un groupe de trois soignants, devient le pivot autour duquel s'organisent les différentes activités thérapeutiques.

Lorsque nous avons commencé à utiliser cette forme de traitement, nous avions dans l'idée qu'elle serait surtout appliquée dans les épisodes schizophréniques aigus. Leur psychopathologie spécifique trouve une réponse thérapeutique adéquate dans cette technique. L'expérience nous a confirmé la validité de notre hypothèse de départ.

Nous avons choisi pour thème de notre travail de doctorat, le traitement des épisodes schizophréniques aigus par un groupe de trois thérapeutes dans le Centre de traitement de jour de Carouge. Dans le texte qui va suivre nous appellerons "trithérapie", le traitement par un groupe de trois thé-

*Traduction de l'anglais de "Multiple Therapy"

rapéutes intervenant synchroniquement à certains moments du séjour du patient.

Nous avons décidé de définir les caractéristiques des unités de jour pour mieux nous représenter leur physionomie et nous permettre de comprendre comment la trithérapie y a été introduite. Nous allons aussi décrire les relations du Centre de traitement de jour avec le service auquel il est intégré et faire le bilan de fonctionnement de cette unité pour l'ensemble des malades que nous y avons soigné, en particulier par rapport aux épisodes schizophréniques aigus.

Finalement, nous avons passé en revue les différentes thérapies collectives qui ont été utilisées dans le traitement des schizophrènes. Nous y avons trouvé beaucoup de notions qui se recoupent avec celles mises en évidence dans la trithérapie et qui prennent un caractère particulier dans un traitement en unité de jour pour des malades en crise schizophrénique.

II LES UNITES DE JOUR ET LEURS CARACTERISTIQUES

1. Traitements de jour et Unités de jour en psychiatrie
2. Les caractéristiques des Unités de jour comparées à celles des unités d'hospitalisation à temps complet

1. TRAITEMENTS DE JOUR ET UNITES DE JOUR

Tentons de définir les traitements de jour. Veil (40) a introduit la notion d'"unité de jour" : l'extrême diversité des institutions où l'on soigne de jour, la diversité des mots utilisés, "day hospital", "day centers", "day department" et les différentes traductions qui ont été ou n'ont pas été faites, l'ont amené à introduire un terme qui a la "valeur la plus générale et qui comporte le moins de risques de malentendus". "Unité de jour"(day unit), continue Veil, a le tort d'évoquer l'ambiance de l'hôpital classique, mais également, ajoutons-nous, l'avantage de ne pas contenir le terme hôpital, lui aussi, plein de résonnances affectives désagréables.

Pourtant, le terme "unité de jour", même s'il a la valeur la plus générale, ne contient pas toutes les possibilités de traitement de jour. Celles-ci n'impliquent pas obligatoirement l'existence d'une unité psychiatrique organisée dans un but de traitement exclusif de jour, pour recevoir des malades pendant la journée. Les traitements de jour peuvent cohabiter avec les hospitalisations complètes et même s'alterner, pour un seul malade. Crockett (14) a parlé des avantages d'un mélange de patients en traitement de jour et de patients en traitement à temps complet. Morrice (32) préconise que des nouvelles unités devraient être des centres de jour avec des lits, plutôt que des services fermés avec possibilité de recevoir des patients venant la journée. Les traitements de jour se définissent donc comme une hospitalisation partielle, ayant comme première caractéristique le fait que le traitement s'effectue durant la journée. Pourtant, il faudrait les distinguer d'une simple consultation, d'une psychothérapie ou d'un groupe d'attente, (24). Les traitements de jour, et les autres traitements psychiatriques ont des limites floues; il y a une transition progressive entre un traitement de jour et les autres traitements psychiatriques et psychothérapeutiques. Ce qui permet de distinguer le groupe d'attente des Argentins d'un traitement de jour, est que celui-ci implique, pendant une durée de plusieurs heures durant la journée, un contact diversifié entre plusieurs malades et plusieurs membres de l'équipe thérapeutique. Une unité de jour serait un service psychiatrique qui ne s'occupe que de traitements de jour : on soignerait un certain nombre de malades, un certain nombre d'heures durant la journée, dans une unité spécialisée pour des traitements exclusivement de jour, même si ces endroits sont susceptibles d'utilisations différentes, comme c'est le cas de l'hôpital de jour et de nuit de Montebello (27) où un groupe de malades est soigné durant la journée et un autre groupe de malades durant la nuit. Dreyfus et coll. (15) affirment "qu'une hospitalisation est d'autant plus partielle qu'elle laisse plus de possibilité de modifier les systèmes relationnels, qu'elle permet une autonomisation plus facile et que l'effort pour y arriver est plus petit. L'expérience semble montrer que le but est d'autant plus aisément atteint que la nouvelle institution est moins excentriquement située, que sa dimension est plus petite, que son fonctionnement est plus souple et que plus grande aussi est la disponibilité de ceux qui en assument les rouages". Cette affirmation est en partie vraie, mais par la réduction à l'absurde, l'institution de jour idéale se réduirait à la relation duelle dans un bureau ! En réalité, un cadre où un certain nombre de malades sont en contact avec un certain nombre de thérapeutes, où l'échange est multiple (paroles, activités créatrices, repas, etc.) où plusieurs endroits peuvent être utilisés dans des buts différents ou successifs, sont favorables ou obligatoires, par rapport à un certain nombre de situations psychiatriques, dans le contexte de notre culture.

2. LES CARACTERISTIQUES DES UNITES DE JOUR COMPAREES A CELLES DES UNITES D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

La non-utilisation maximale des unités de jour tient souvent à l'esprit conservateur des planificateurs de la politique de la santé et de la grande majorité des psychiatres, de leur formation qui se fait surtout dans les hôpitaux psychiatriques, de la petite ouverture soit vers des références psychodynamiques, soit vers une compréhension des problèmes résultant de la relation actuelle malade-milieu. La prédominance d'une pensée strictement organiciste, avouée ou non, et la peur de prendre le moindre des risques dans les prises en charge psychiatriques, favorise la non-utilisation des unités de jour en particulier et, plus généralement, des différents abords psychiatriques extra-hospitaliers. En ce qui concerne les unités de jour, d'autres difficultés se lèvent à la non-utilisation satisfaisante de ces services de soins : la confusion qui règne par rapport à la définition de la physionomie de ces unités et la méconnaissance de leurs immenses possibilités d'application (17). De même, dans les modalités de prises en charge des patients psychiatriques en unités de jour, il y a en général, dans la littérature apologétique ou critique, une assez grande difficulté à délimiter d'une façon correcte ce qui provient directement du cadre - que nous appelons "caractéristiques intrinsèques" - de ce qui leur est "potentiel", nécessitant un choix thérapeutique pour se développer, et de ce qui est le produit d'une convergence temporelle entre la naissance et le développement des unités de jour et la critique de la pratique psychiatrique asilaire, que nous appelons "caractéristiques conjoncturelles" (Voir tableau 1).

A. Caractéristiques intrinsèques

a. Traitement pendant la journée

Cette caractéristique intrinsèque au traitement en unité de jour permet au malade une alternance entre le temps passé à l'unité de jour et le temps passé en dehors. De cette façon, on évite au patient de passer dans l'unité de soins une partie de la journée qui peut ne pas être tellement nécessaire. Le choix entre une hospitalisation de jour et une hospitalisation à temps complet est un choix clinique, qui à notre avis, ne doit pas impliquer un préjugé du thérapeute, par rapport à tel ou tel type de traitement, mais un jugement où il doit tenir compte des possibilités de soins disponibles, de leur physionomies spécifiques et des intérêts du malade, de même que l'entourage de ce dernier.

Certainement, le choix d'un type de traitement est socio-culturellement déterminé. Mais quelles que soient les opinions des thérapeutes, par rapport au contexte socio-culturel où ils exercent leur pratique, s'ils veulent être soignants, ils ne peuvent pas oublier ces trois facteurs au moment où ils proposent au patient un certain type de traitement. Dans le choix d'une hospitalisation de jour, le thérapeute doit considérer l'état psychique du patient, sa capacité de s'occuper de lui-même durant les périodes qu'il passe à l'extérieur de l'unité de jour, la collaboration de son entourage de même que le type de collaboration entre les différentes unités de soins d'une certaine région.

T A B L E A U No 1

CARACTERISTIQUES DES UNITES DE JOUR

COMPAREES A CELLES DES UNITES D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

A) INTRINSEQUES

- a) Traitement pendant la journée
- b) Frais réduits
- c) Présence de "l'Extérieur" plus grande
- d) Davantage d'autonomie du patient
- e) Crainte de la folie moins éveillée
- f) Moins d'humiliation
- g) Moins de crainte des Institutions
psychiatriques.

B) POTENTIELLES

- a) Qualité supérieure du travail d'Equipe
- b) Facilité d'utilisation des psychothérapies
non-directives
- c) Prédominance des modèles de traitements
médico-psycho-sociothérapeutiques.

C) CONJONCTURELLES

- a) Petite taille
- b) Bonne situation géographique
- c) Introduction de nouvelles techniques
thérapeutiques facilitées.
- d) Etc...

Dans la pratique courante d'une unité de jour, le partage du temps du patient entre l'unité et l'extérieur est une mise à l'épreuve continue de la tendance des équipes soignantes à remplacer le patient ou son entourage. Dans mon expérience personnelle, avec une équipe qui commençait son travail ensemble, cette tendance à remplacer le patient ou son entourage a été une des plus grandes difficultés que nous ayons eues à vaincre. Elle apparaissait toujours sous des formes différentes : angoisse de l'infirmière parce que le patient arrive en retard, gêne de la graphiste parce que le patient préférerait rester assis dans la chaise-longue plutôt que de bricoler dans l'atelier de peinture, compétition du médecin avec la "mauvaise" épouse et espoir de pouvoir faire mieux. L'unité de jour est un lieu de choix pour faire la critique de l'activisme thérapeutique, qui à mon avis, a deux origines fondamentales. Une origine culturelle, dans une civilisation qui valorise l'activité et qui trouve, entre autres, des rationalisations thérapeutiques pour se justifier comme notions comportementales de type adaptatives, quand l'expérience de conditionnement continu des patients à l'activité, à l'ordre et au travail, ne les a pas empêchés de tomber dans l'engrenage de la psychiatrie; l'angoisse intrapsychique qui correspond à cette valorisation culturelle de l'activité. L'activité serait une réponse, par action, à l'angoisse produite par un surmoi qui ne supporte pas la passivité.

L'activisme tend à faire disparaître le projet personnel du patient de même qu'il l'oblige à devenir actif, pour remplir le programme que nous avons, nous-mêmes, fait pour eux. Cet activisme est continuellement mis en défi dans une unité de jour parce que le malade y est assez indépendant, bien moins à notre disposition que dans une unité à temps complet, pour qu'il puisse s'imposer comme personne et comme un possible projet. Certainement, nous savons qu'un des aspects les plus importants de notre action thérapeutique est celui d'essayer de comprendre et de faire comprendre au patient, quand cela est possible, les raisons qui le poussent à agir ou à exprimer ceci ou cela, par rapport au cadre thérapeutique que nous lui proposons. C'est dans cette relation du malade avec l'ensemble structuré que constitue l'institution, y compris ses différentes personnes et statuts, ses différents lieux et ses différents échanges, qu'une psychothérapie institutionnelle peut avoir un sens. Mais comprendre, transmettre au patient ce que nous avons compris et de ce fait pouvoir, par exemple, changer un comportement c'est une chose, agir et obliger à agir c'est se rendre incapable de comprendre et de transmettre ce qui a été compris.

A son tour, l'acceptation de la passivité et la réceptivité par chaque membre de l'équipe augmente le plaisir dans le travail, ce qui transforme les conditions des soins.

La remarque de Morrice (32) quand il critique les hôpitaux de jour, qui ne structurent pas leur temps et leur espace, se justifie parce qu'ils enlèvent aux patients un certain nombre de possibilités d'agir ou de parler dans un milieu structuré : l'hôpital de jour se transformerait en une salle d'attente pour des entretiens individuels et de ce fait, il perdrait beaucoup de ses potentialités thérapeutiques.

La critique de Chasin (13), considérant que les unités de jour, soignant durant la journée, excluent un temps d'observation considérable.

n'est pertinente que dans de rares cas, comme par exemple chez les patients ayant des difficultés de sommeil et qui justifient une observation nocturne de ces derniers.

En rapport avec le temps du traitement, une autre caractéristique, considérée comme un avantage des unités de jour, est avancée par Gentis (20) dans un article très critique : les unités de jour permettraient de "régler au mieux les problèmes du nettoyage des locaux".

b. Frais réduits

Des motifs économiques, de même que la libération d'une partie du personnel soignant ont été, très probablement, d'une importance assez marquante dans la création et le développement des unités de jour. Dzhejaranov, en 1937, signale l'importance de ces raisons à l'origine de la création du premier hôpital de jour en U.R.S.S.

En 1947, Cameron au Canada et Bierer en Angleterre, relancent les hôpitaux de jour. Le premier (12) sensible aux arguments économiques, trouve que l'hôpital de jour est moins onéreux que l'hospitalisation à plein temps; Bierer (8) lui, met un accent important sur les avantages des dépenses d'achat et d'équipement; Moll (31) trouve un prix, pour les hospitalisations de jour, d'environ 30 % inférieur aux prix des hospitalisations psychiatriques; Kalmans (23) trouve que le prix du traitement d'un patient à l'hôpital de jour d'Arlington Mental Health Center, revient à 7,8 dollars par rapport à 36,6 dollars de l'hôpital d'Etat.

Mc Coffree (29) a comparé le prix d'une journée représentative des premières admissions, en hôpital de jour et en hospitalisation complète. La durée moyenne du séjour était déjà plus brève en hospitalisation de jour (61 jours) qu'en hospitalisation complète (79 jours). Il a cherché le coût de l'hôtellerie (nourriture, hébergement, amortissement), le coût du traitement et la perte de la productivité due à la maladie. Il a trouvé un coût moyen par patient de 872 dollars pour l'hôpital de jour et de 1219 dollars pour l'hospitalisation à temps complet.

Si d'autres auteurs (39) ne trouvent pas les mêmes avantages économiques, c'est parce qu'ils comparent ce que nous ne pouvons pas comparer. En réalité, une différence de prix n'est significative que si l'on compare des unités, où le travail diurne est superposable, pour des patients socio-psychiatriquement comparables qui, à leur tour, pourraient être soignés indifféremment dans une unité de jour ou dans une unité à plein temps. Pour le même type de malade, ayant besoin d'une hospitalisation ou d'un traitement dans une unité de jour pour le même type de soins diurnes, il est évident que le prix d'une journée dans une unité de jour est inférieur à celui d'une hospitalisation à plein temps. Il suffit de penser au fait, par exemple, qu'il ne serait pas nécessaire d'avoir du personnel le soir et que les investissements de base sont inférieurs.

c. Présence de "l'Extérieur" plus grande

D'autres caractéristiques des unités de jour, que certains auteurs appellent des avantages, ont été avancées. L'unité de jour rendrait le malade plus

proche de son milieu (35). L'alternance continue, entre le temps d'hospitalisation et le temps passé à l'extérieur du cadre thérapeutique, implique que l'extérieur soit toujours présent dans le traitement (3, 12). Cette alternance, entre un temps de traitement et un temps en dehors du cadre thérapeutique, peut faciliter, à son tour, un renforcement progressif du temps passé en dehors par une diminution du temps de traitement (19). Ce programme est plus facilement acceptable, par une équipe qui est déjà habituée à supporter l'autonomie partielle du patient et par le patient qui n'a jamais fait une coupure radicale avec le milieu hors du cadre thérapeutique. Si le malade vit par exemple avec sa famille, dont la structure conditionne très souvent les difficultés du patient, l'hospitalisation de jour nous donne une plus grande possibilité de comprendre le type de liens familiaux et de ce fait, une plus grande capacité d'intervention.

De même, le patient serait obligé d'affronter ses difficultés durant tout le traitement (3). Du fait de l'alternance continue, entre le cadre thérapeutique et la réalité extérieure à ce cadre, il serait plus en mesure d'effectuer un apprentissage continu et une progressive vérification de ses possibilités de retourner dans son milieu, au moment venu. Il y aurait donc des avantages, pour un certain nombre de patients, dans cette oscillation entre le traitement et le milieu pour que des possibilités de changement interviennent soit chez le malade, soit dans l'entourage, ou que la relation malade / entourage se modifie.

Ce contact permanent du malade avec l'extérieur rend donc plus viable une intervention thérapeutique en dehors de l'unité de jour (3). Dans plusieurs unités de jour, il y a une articulation entre le traitement à l'intérieur de l'unité et à l'extérieur de celle-ci par des prises de contact, des visites à domicile, des psychothérapies familiales (42) et des groupes de famille (26).

Beaucoup de recherches ont été faites pour étudier la relation entre les patients des unités de jour et leur proche entourage. Il s'avère que celui-ci est plus impliqué pendant le traitement de jour. Par le biais d'un questionnaire, Silverman (38) a étudié l'attitude d'un échantillon de parents et d'amis des patients envers les soins en hôpital de jour. Ces parents et amis côtoyaient les patients à la maison, pendant le traitement, sur une période de 3 mois; les soins de jour n'eurent aucun effet sur les informants (parents et amis) qui considéraient que le patient avait besoin d'une mesure de soutien à la maison, mais dans 50 % des cas, la gravité de la charge avait été réduite. Le pourcentage de réponses considérant qu'il était dans l'intérêt du patient d'être admis à l'hôpital est descendu, après 3 mois, de 41 % à 28 %. Au début du traitement, 78 % des informants pensaient que le régime de jour allait aider les patients, après trois mois, un % similaire pensait qu'il avait été réellement aidé. 40 % des informants espéraient une amélioration dans l'état franchement atteint des patients et, après 3 mois, 57 % pensaient qu'il y avait eu une telle amélioration. Silverman recommande que dans les traitements en unité de jour, l'on tienne compte de l'entourage du patient.

Dans l'article l'"Initial Family Reactions to Day Hospitalization," Zwerling et Mandelsohn (42), comparent l'évolution de 100 patients, suivis à l'hôpital de jour, et le processus intra-familial étudié par des traitements de famille et des visites à domicile. Ils ont constaté qu'un certain

nombre de situations prenaient un caractère répétitif : - chez les familles qui avaient de la peine à accepter le traitement de jour, les patients n'allaient pas bien; - les familles qui n'acceptaient pas le programme de l'hôpital de jour tentaient de faire hospitaliser le patient quand il allait mieux.

Ils ont constaté une correspondance entre les processus dynamiques intra-familiaux et les processus intra-psychiques du membre malade. De ce fait, plus grande est la capacité de rééquilibre de la famille dans sa relation avec le membre malade, plus rapide sera l'amélioration du patient et vice versa.

Dans le "Cincinnati General Hospital Day Treatment Center", Arbogast (4) a effectué une étude dont le but était d'évaluer la relation entre la présence d'un parent ou d'un conjoint gravement perturbé (borderline ou prépsychose), dans l'entourage des patients schizophrènes, et l'efficacité du traitement. Des contacts avec la famille étaient établis durant le traitement : "case work", thérapie familiale, visites à domicile, groupes de parents. La catégorie des patients vivant avec les membres de la famille malade avaient une amélioration très lente, mais la majorité n'a montré aucune amélioration. Le groupe de patients ne vivant pas avec des membres perturbés, dans leur entourage, comptait une majorité de patients allant bien. L'auteur, à la suite de Kubie (25), admet la possibilité qu'un placement familial, au moins pendant une phase du traitement, pourrait être utile pour le patient.

Si l'étude d'Arbogast confirme celle de Zwerling et Mandelsohn, sa proposition n'est pas sans risque. Salzman (37), a étudié un groupe de patients soignés en hôpital de jour qui ont dû être transférés en hospitalisation complète. Il a constaté que parmi les patients mariés, une forte majorité se faisait accompagner, le premier jour de leur entrée à l'hôpital de jour, par quelqu'un de leur famille biologique (73 %), ce qui n'était pas le cas pour les autres (30 %). Ce groupe de patients aurait donc une très grande difficulté à se séparer de leur famille biologique. Dans ces cas, nous pensons qu'il vaut probablement mieux une hospitalisation à temps complet qu'un traitement à l'hôpital de jour et un placement. Ce dernier peut intervenir ensuite si nécessaire.

Ces études montrent l'importance de l'entourage immédiat du patient, surtout chez les schizophrènes, pendant le traitement de jour, de même que l'interrelation entre les changements continus dans le cadre du traitement de jour et les changements de la dynamique familiale.

Apparemment, l'hospitalisation de jour favorise l'extension du traitement du patient aux proches familiaux, et cette extension semble plutôt favorable. Pourtant, ces travaux montrent aussi l'existence de rocs, surtout dans le traitement des schizophrènes, comme une très grande dépendance de patients par rapport à la famille, et l'existence de familiers malades dans le proche entourage.

D'autres travaux ont essayé de comparer l'attitude des familles par rapport aux hospitalisations de jour ou à temps complet. Lystad, en 1958, (28), a étudié l'attitude d'un groupe de patients et de leurs familles par rapport à la relation patient-famille, de même que par rapport à l'hôpital de jour et à la maladie mentale en général. En comparant ce groupe avec un

groupe semblable de patients hospitalisés à temps complet, il a constaté une détérioration des relations chez les patients et familiers de patients, soignés en hospitalisation complète, de même que chez les familiers des patients hospitalisés en hôpital de jour; mais les patients hospitalisés en hôpital de jour n'ont pas changé d'attitude. Pourtant, dans une étude de Wilder, Levin et Zwerling (41), ils ont observé que par rapport aux patients hospitalisés à temps complet, l'adaptation familiale de ces derniers était significativement plus élevée que ne le furent ceux du groupe de l'hôpital de jour. Ces données, basées sur des entrevues avec la famille, avec le malade et également avec la famille et les malades, sont difficiles à interpréter. L'hypothèse était que les patients traités en hôpital de jour, ne péjorent pas leur attitude envers la famille parce qu'ils leur sont reconnaissants, ce qui ne se passe pas avec les malades qui ont été hospitalisés à temps complet. Pour comprendre la différence d'adaptation familiale constatée par Wilder et Zwerling, ces auteurs avancent deux hypothèses : les services hospitaliers, dont bénéficient les patients du groupe clinique, du fait de leur éloignement de la maison durant la première phase aiguë de leur maladie, leur font percevoir une meilleure adaptation familiale que pour les patients du groupe de l'hôpital de jour qui eux, n'ont jamais fait cette coupure; - la différence serait le résultat du fait que les patients de l'hôpital de jour ont bénéficié d'une expérience conjointe de thérapie de famille. Les patients soignés à temps complet qui n'ont pas fait cette expérience, nient plus facilement les difficultés familiales de peur d'une discorde ou d'une possible hospitalisation ultérieure.

d. Davantage d'autonomie du patient

Gardant obligatoirement un assez grand contact avec l'extérieur du cadre thérapeutique, contact qui peut augmenter progressivement par une réduction du temps de traitement, le patient préserve une grande partie de son autonomie; il peut plus facilement faire ses achats, prendre des loisirs qu'il a choisis, à l'extérieur de l'unité de jour, garder des relations familiales ou d'amitié authentiques et non faussées par le cadre thérapeutique, pendant les visites aux pavillons, les promenades dans le parc, quand il existe, ou le café dans le restaurant des cliniques psychiatriques les plus ouvertes.

La régression dans l'institution devient plus maniable grâce à l'interruption journalière des situations de dépendance. La régression pathologique s'installe plus difficilement dans une unité de jour. Pour Herz (21), éviter la régression maintenir une zone de moi fonctionnelle, serait à l'origine des avantages constatés en faveur des unités de jour, lors d'une étude détaillée sur les traitements de jour par rapport aux traitements à temps complet, faite dans le même pavillon par la même équipe et en même temps. Mais une fois de plus, cette caractéristique ne peut devenir un avantage que par rapport à un certain nombre de malades qui sont en mesure de supporter et de désirer une certaine autonomie. A son tour, le risque d'une régression pathologique existe aussi dans les unités de jour, comme Chasin (13) l'a signalé par exemple. Gentis (20) nous a rappelé que la régression induite par l'hospitalisation "ne constitue pas forcément, bien au contraire, des phénomènes inopportuns ou fâcheux; elle demande seulement à être maniée dans un sens thérapeutique". Par rapport à une plus grande retraite et isolation que l'hospitalisation à temps complet provoque, Ajuriaquerria (2) a noté que "le retrait du monde, l'isolation plus ou moins complète, permanente ou transitoire, sont considérés par certains

thérapeutes comme un mode de guérison, comme une réalisation personnelle ou comme une méthode de perfectionnement." Pourtant, ces objections acceptées, c'est évident que les unités de jour sont plus en mesure de préserver une certaine autonomie aux patients lorsqu'ils sont en mesure de l'assumer, de même que d'éviter une régression pathologique.

e. Crainte de la folie moins éveillée

Chaque société produit ses déviants. Pourtant, nous ne pouvons pas les mettre tous dans le même sac, comme ayant une égale signification. Ainsi, en dehors des facteurs culturels liés à l'idée qu'une société se fait de la folie, il existe la crainte en nous tous de devenir fou, de perdre le contrôle de nos idées et de nos actes.

Chaque culture a produit des mécanismes de ségrégation différents par rapport à la folie. Les "fous" ont provoqué apparemment en toute culture un mouvement de peur, surtout quand la folie recouvre la notion de psychose. Les sentiments d'étrangeté qu'elle provoque rendent extrêmement difficiles les mécanismes d'identification; la déformation du réel, que le discours du "fou" véhicule, et l'apparent non-sens de ses actes, conduisent à la crainte de l'éclatement de soi et de l'impossible maîtrise de la réalité, éveillant la peur de la mort, du non-être. La psychose ne met pas en cause l'une ou l'autre des civilisations, elle les met toutes en cause, chacune à leur manière. La "folie", c'est l'impossibilité de contrôle de la réalité sociale et naturelle, c'est la destructuration de toute culture et de tout individu et c'est l'échec individuel de la relation avec autrui. Comme le dit Bastide (7) par rapport à la "folie" : "Elle est rituelle, certes, de rébellion, mais un rituel qui échoue". Cet échec individuel conduit à transformer la folie en échec culturel. Elle n'est pas une contre-culture, mais une non-culture.

Chaque société a exclu à sa façon, ses propres "fous" : sacrés ou démoniaques, ou les deux à la fois, il faudrait trouver une barrière de sécurité depuis les murs de l'asile à l'exclusion géographique ou psychologique, mais en tout cas une ségrégation. Dans notre culture, asile, hôpital psychiatrique et "folie" vont encore ensemble, mais moins les services de psychiatrie ambulatoire qui eux, font les premiers pas. Il faudrait certainement atténuer cette idée que l'hôpital psychiatrique est égal à "folie". Pourtant, il y a un aspect qui ne peut jamais être complètement surmonté : qu'il y ait un endroit choisi pour les plus "fous" et d'autres endroits choisis pour les moins "fous". En égalité d'indication, éviter le traumatisme d'une hospitalisation à temps complet ne peut être que désirable. Les unités de jour ont, à cet égard, leur importance.

Dans l'article cité de Lystad, les patients et les familles des patients, sont passés d'une attitude franchement négative à l'égard de la maladie mentale à une attitude plus tolérante après les hospitalisations partielles ou à temps complet. Mais ce changement a été plus significatif pour le groupe de malades soignés à l'hôpital de jour.

f. Moins d'humiliation

D'autres auteurs (19) ont soulevé le fait qu'un traitement à temps complet serait plus humiliant qu'une hospitalisation de jour, le traitement dans

une unité de jour étant vécu par le patient comme socialement plus acceptable. A son tour, l'estime que le malade se fait de lui-même dépend en partie du degré de confiance que l'entourage lui accorde. Envoyer quelqu'un à l'hôpital psychiatrique peut être vécu, par le patient, comme un certificat d'incapacité. D'ailleurs, comme Franz Fanon (16) l'a signalé, le malade soigné dans une unité de jour peut organiser sa vie comme s'il allait au travail, sauver la face s'il le veut (ou s'il ne peut pas faire autrement), par rapport à son entourage. Le caractère moins culpabilisant des traitements en unité de jour provient du fait que le patient peut garder un certain nombre de responsabilités, ce qui peut être d'une grande importance, comme l'a signalé Zwerling. Cette situation peut à son tour favoriser une certaine chronicisation. Certains malades, comme le remarque Gentis (20), "trouvent dans ce partage entre le milieu protégé et une famille pathogène des conditions idéales à la culture de leurs échecs et à l'aménagement d'une forme de vie qui, pour être moins scandaleuse, car ils ne sont pas "enfermés", n'en est pas moins profondément aliénée". Cette possibilité implique une vigilance permanente de l'équipe soignante.

Dans l'article précité, Herz lorsqu'il décrit les pronostics favorables des patients soignés en traitement de jour, par rapport à ceux soignés à plein temps dans le même pavillon, avance l'hypothèse que la conservation d'une certaine autonomie est peut-être à l'origine de la différence trouvée. On pourrait pourtant se demander si le fait que l'on ait confiance dans un certain nombre de patients par rapport aux autres, n'a pas favorisé le meilleur pronostic des premiers.

g. Moins de crainte des institutions psychiatriques

La diversification des cadres de prise en charge psychiatrique joue très probablement un rôle dans la diminution de la crainte de la population en général vis-à-vis des institutions psychiatriques. La diversification des endroits où s'effectuent les traitements psychiatriques atténue le caractère dramatique qui accompagne beaucoup d'hospitalisations, en même temps qu'il rend plus facile les traitements des patients qui auraient beaucoup de peine à se faire soigner en hospitalisation complète.

Dans notre expérience, nous nous sommes rendus compte d'une diminution de l'angoisse par rapport à une éventuelle hospitalisation en clinique, parmi les patients de l'hôpital de jour. Quand nos patients vont et lorsqu'ils reviennent de la clinique, nous nous rendons compte d'une diminution de la crainte de l'hospitalisation à la clinique psychiatrique de Bel-Air si nous en discutons au Centre de traitement de jour. L'existence de relais avant et après la clinique, la collaboration entre ces différents relais ont, à notre avis, une grande importance pour réduire la crainte que soulève l'ensemble des institutions psychiatriques.

Dans le même article de Lystad, les différents groupes étudiés (malades en hospitalisation complète, malades en hôpital de jour et familles de ces deux groupes) ne montraient pas une très grande crainte par rapport aux institutions psychiatriques. Après les expériences de traitement dans les deux types d'unité, tous les groupes ont changé d'attitude dans un sens plus favorable aux institutions psychiatriques. Mais six mois après la sortie, les contrôles ont montré que les changements favorables n'étaient significatifs que pour les malades de l'hôpital de jour.

B. Caractéristiques potentielles

a. Qualité supérieure du travail d'équipe

Dans une unité de jour, l'équipe peut travailler comme une équipe continue. Elle est à l'abri des continuel changements, ruptures, ou intrusions, comme les gardes nocturnes. La continuité de l'équipe permet une plus grande stabilité dans les relations soignants-soignés. Au niveau du fonctionnement de l'équipe, l'échange d'informations devient plus direct, plus vivant, moins stéréotypé et une place prédominante est donnée à la parole. L'équipe continue facilite un travail d'ensemble et une élaboration collective dans la compréhension des phénomènes institutionnels. Les interventions de l'équipe deviennent à leur tour facilitées, plus homogènes et plus cohérentes.

La situation de traitement de jour implique un certain nombre de risques qui ne sont pas pris pendant l'hospitalisation complète comme banalement, la rentrée quotidienne des patients à la maison. Cette situation conduit à un besoin plus grand d'échanger, de partager les responsabilités, de métaboliser l'angoisse produite pendant le travail, de secondarisation. Cette secondarisation se fait par la prise de conscience des raisons latentes concernant les décisions prises ou non prises et des implications personnelles que ces décisions impliquent. Tous ces motifs favorisant le travail en équipe et rendant plus difficile l'agir des contre-attitudes.

Un autre facteur, non négligeable, renforce la bonne qualité de l'échange à l'intérieur d'une équipe et en conséquence les relations avec les patients : les horaires de travail favorables dans les unités de jour.

b. Facilité de l'utilisation des psychothérapies non-directives

Beaucoup de traitements que nous pouvons faire dans une unité à temps complet peuvent aussi se faire dans une unité de jour. Un grand nombre d'unités de jour ont utilisé, ou utilisent encore, les pré-comas à l'insuline. Moll (31) a utilisé les pré-comas à l'insuline, de routine, pour créer une ambiance détendue. Pourtant, d'autres thérapeutes ont utilisé, sans difficultés, les comas insuliniques (16, 22), les électro-chocs (22, 30, 36) et même les cures de sommeil (16).

Les traitements médicamenteux, corporels, socio-ergo-ludothérapeutiques y trouvent facilement leur place. Leur utilisation dépend du type de patient soigné dans l'unité, de l'organisation des soins, de l'idéologie de l'équipe, des possibilités thérapeutiques de l'unité et de l'équipe, du type d'intégration existant avec d'autres unités médicales ou psychiatriques.

Nous savons que dans la décision d'un patient de se faire soigner, intervient une multiplicité de facteurs, depuis la souffrance psychique et ou la réactivité de l'entourage, qui peut prendre une forme plus ou moins intériorisée ou de contrainte plus ou moins dévoilée. Mais dans une unité de jour, les traitements deviennent plus facilement contractuels. Le contrat entre le patient et les soignants, à son tour, se renouvelle tous les jours (5) et trouve dans les unités de jour une plus grande chance de devenir explicite. D'ailleurs, la concertation, dans la relation soignant-soigné,

est aussi le moyen le plus efficace pour prévenir l'exclusion du patient de l'unité de jour : la répression physique y est pratiquement inapplicable. De ces données, nous pouvons déduire une plus grande possibilité d'extension, aux unités de jour, des techniques psychothérapeutiques non directives (9) individuelles, en groupe (1,10,11,33,34) ou institutionnelles.

En Israël, dans un hôpital de jour rattaché à l'hôpital psychiatrique de Ramat Chen, Fried et Brüll (18) utilisent des psychothérapies d'inspiration existentielle avec, apparemment, un certain succès. Ils n'y soignent que des décompensations aiguës et la moitié des patients sont des psychotiques.

De son côté à l'hôpital de Loisy du Centre de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris, Azoulay se réfère plutôt à la psychanalyse (6) .

c. Prédominance des modèles médico-psycho-socio-thérapeutiques

Un travail d'équipe, potentiellement de meilleure qualité qu'en hospitalisation complète, fait que la présence administrative devient moins lourde dans une unité de jour que dans une unité à temps complet. Dans une hospitalisation les travaux nocturnes, d'hôtellerie, renforcent une présence qui n'est pas toujours liée aux impératifs du traitement des malades, mais à des raisons qui découlent directement du plein temps, comme peuvent l'être l'alimentation et le dormir. Alors que dans une unité de jour, l'administration a tendance à devenir dépendante des raisons thérapeutiques, quel que soit le modèle utilisé.

C. Caractéristiques conjoncturelles

Après la IIème guerre mondiale débute une révolution dans la pratique psychiatrique dont nous ne pouvons pas encore déceler complètement la signification. Pour le monde anglo-saxon, Maxwell Jones réalise sa première communauté thérapeutique en 1941, au Mill Hill School et son livre "Social Psychiatry" publié aux U.S.A., sous le titre de "The Therapeutic Community", paraît en 1952. En France, l'expérience de Saint-Alban commence en 1942. Daumezon et Koechlin publient en 1952 aux "Anais Portugueses de Psichiatria", un article où ils résument ce qui pour la première fois, s'appelle "Psychothérapie institutionnelle française contemporaine". C'est dans ce climat de changement, de critique à l'ordre asilaire que, à l'exception du premier hôpital de jour, prématuré, de l'U.R.S.S. en 1933, apparaissent les premiers hôpitaux de jour de Cameron au Canada et de Bieler en Angleterre, en 1946. Le mouvement des hôpitaux de jour se développe donc en même temps qu'une intense critique de la pratique psychiatrique. De ce fait, il a pu tenir compte de notions qui concernent la taille de l'institution, la situation géographique, la conception des soins, sans avoir besoin de transformer ce qui existait déjà, mais en produisant du nouveau.

On a aussi parlé du plus grand dynamisme de l'enthousiasme des équipes des unités de jour, de la meilleure qualité des soins, de la plus grande facilité d'introduction de nouvelles techniques, de la recherche, etc.

Ces caractéristiques, quand elles existent, ne tiennent pas à des facteurs intrinsèques ni potentiels aux unités de jour, mais seulement du fait que celles-ci, qui sont apparues au cours de ces 30 dernières années, ne sont pas parties de situations de fait établies, de la continuation d'expériences institutionnelles : elles ont pu bénéficier de sa nouveauté.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ABRAMCZUK J. (1972)
The Type of leadership and the topics of discussion in a
large open groupe : Observations on community meetings
Int. J. Soc. Psychiat., 18, 1, 53-60

- 2) AJURIAGUERRA J. (1964)
L'isolation, technique de guérison, règle de vie et voie de
perfectionnement. Desafferentation Experimental et Clinique
Symposium Bel-Air II
Georg & Cie S.A., Genève, Masson & Cie, Paris

- 3) AMIEL R., CHANOIT P. (1968)
Critères de fonctionnement en hospitalisation partielle
Inform. Psychiat., 3, 267-270

- 4) ARBOGAST R.C. (1969)
The effect of Family Involvement on the Day Care Center
Treatment of Schizophrenics
J. Nerv. Ment. Dis., vol. 149, 3, 277-280

- 5) AUBIN B. (1968)
L'hospitalisation partielle en psychiatrie
Inform. Psychiatr., 44, 3, 253-258

- 6) AZOULAY J. (1965)
L'Hôpital de jour du centre de santé mentale du XIIIe arrondissement
Inform. Psychiat., 7, 591-602

- 7) BASTIDE R. (1972)
Le rêve, la transe et la folie
Flammarion

- 8) BIERER J. (1964)
The Marlborough Experimental, Bellek L. (ed.)
Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health
Grune and Stratton, New York and London

- 9) BLEANDONU G., DESPINOY M. (1974)
Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la Communauté
Payot, Paris

- 10) BOAG T.J. (1960)
Further Developments in the Day Hospital
Amer. J. Psychiat., 116, 801-806
- 11) BOAG T.J. (1960)
The Day Hospital as a Therapeutic Community
Denber H. (ed.) Research Conference on Therapeutic Community
Charles C. Thomas, Springfield III, 163-176
- 12) CAMERON D.E. (1947)
The Day Hospital : An Experimental Form of Hospitalization
for Psychiatric Patients
Modern. Hosp., 69, 60-62
- 13) CHASIN R.M. (1967)
Special Clinical Problems in Day Hospitalization
Amer. J. Psychiat., 123, 779-785
- 14) CROCKETT, R.W. (1967)
New Aspects of the Mental Health Services
Ed. Freeman and Farwdale, Oxford
- 15) DREYFUS L. ALBRECHT E. PREVOST F. (1968)
Note sur hospitalisation totale, hospitalisation partielle
et foyer de post-cure
Inform. Psychiatr., 44, 271-273
- 16) FANON F. (1959)
L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites.
Introduction générale.
Tunisie Méd., 47, 689-712
- 17) FIGUEIREDO E., SEGUIN M., DESTOUCHES Ph., POSSE S. (1976)
Utilisation d'une unité de jour pour prévenir les hospitalisations
dans le cadre d'un service extra-hospitalier.
Les unités de jour et la Psychiatrie. La diversité. G. Garrone -
E. Figueiredo. Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 69-86
- 18) FRIED Y., BRULL F. (1972)
Intensive Psychotherapy for Acute Psychiatric Patients in a Day
Hospital Setting in Israël : Teoretical Considerations
Brit. J. Psychiat., 121, 635-639

- 19) GASQUERES E.A. (1965)
Aspects particuliers de la psychothérapie et de la sociothérapie
à l'hôpital de jour
Inform. Psychiat., 6, 515-518

- 20) GENTIS R. BLANADET M. et P., SECHERESSE J.C. (1966)
A propos des hôpitaux de jour
Inform. psychiat., 42, 473-484

- 21) HERZ M. I., ENDICOTT J., SPITZER R. L., MESNIKOFF A. (1971)
Day Versus Inpatient Hospitalization : A Controlled Study
Amer. J. Psychiat., 127 : 10, 107-117

- 22) HUERTA L.G., OMARAS R.A., ANDEREZ R., LAMAS H., IGLESIAS E. (1967)
Labor Realizado en el hospital del Servicio de Psiquiatria
del Hospital Docente "Cmdte M. Fajardo"
Rev. Cub. Med. 7-8, 465-468

- 23) KALMANS E.T. (1970)
Low Cost Individualized Treatment in a Day Center
Hosp. Commun. Psychiat., 12, 394-397

- 24) KORNBLIT A., RASCOUSKY A. (1970)
Importancia Institucional de los llamados Grupos de Espera
Revista Argentina de Psiquiatria y Psicologia de la Infancia
y adolescencia, 1, 55-59

- 25) KUBIE L.S. (1968)
Pitfalls of community psychiatric
Arch. Gen. Psychiatr., 18, 257-266

- 26) LEFEBVRE G. (1969)
Réunions de groupe de parents en hôpital de jour
Bull. soc. Recherches psychothérapiques de Langue Française,
VII, 2, 61-67

- 27) LINNEMANN E.J. (1964)
A Danish Psychiatric Day-Night Hospital
Danish Foreign Office Journal, 51, 2-5

- 28) LYSTAD M.H. (1958)
Day Hospital Care and Changing Family Attitudes Toward
the Mentally Ill.
J. Nerv. Ment. Dis., 127, 145-152

- 29) MC COFFREE K.M. (1968)
The Economic Basis for the Development of Community Mental
Health Programs
Medical Care, VI, 4, 286-299
- 30) MENDES F.J., FONSECA A.F., CORTESAO E.L. (1957)
"Hospitais de dia" em Psiquiatria
Jornal do Médico, 34, 795-798
- 31) MOLL A.E. (1953)
Psychiatric Day Treatment Center.
Canad. Hosp., 30, 43-82-86
- 32) MURRICE J.K.W. (1973)
A Day Hospital's in a Mental Health Service
Brit. J. Psychiat., 122, 307-314
- 33) PECK H.B. (1963)
The Role of the Psychiatric Day Hospital in a Community
Mental Health Program : a Group process Approach
Amer. J. Orthopsychiat., 33, 482-493
- 34) PECK H.B., ROMAN N., KAPLAN S.R., BAUMAN G. (1965)
An Approach to the Study of the Small Group in a Psychiatric
Day Hospital
Inf. J. Group. Psychotherapy, 2, 207-219
- 35) RICKELMAN B. (1968)
Some Problems of Day Hospitals in Community Care of the
Mentally III
Comm. Ment. Health J., 4, 225-233
- 36) ROPER P. (1962)
Treatment of Psychiatric Emergencies on an Ambulant Basis
in the Day Hospital
Canad. Med. Ass. J., 86, 321-323
- 37) SALZMAN C., STRAUS M., ENGLE R.P., JR., KAMINS L. (1969)
Overnight "Guesting" of Day Hospital Patients
Comprehensive Psychiatry, 10/5, 369-375
- 38) SILVERMAN M. (1967)
Community Attitudes to Psychiatric Day Care.
int. J. Soc. Psychiat., 13, 67-70

- 39) STEINMAN L.A., HUNT R.C. (1962)
Day Hospital Treatment of Acute Psychiatric Illness
J.H. Masserman (ed.) Current Psychiatric Therapies
Vol. 2, Grune & Stratton, New-York, 196-199
- 40) VEIL C. (1967)
Les Unités psychiatriques de jour pour adultes. Rapport pour l'O.M.S.
Bureau Régional de l'Europe, Copenhague
- 41) WILDER J.F., LEVIN G., ZWERLING I. (1966)
A Two-Year Follow-up. Evaluation of Acute Psychotic Patients
Treated in a Day Hospital.
Amer. J. Psychiat., 122, 1095-1101
- 42) ZWERLING I., MANDELSON M. (1965)
Initial family Reaction to Day Hospitalization
Family Process, 4, 50-63

III L'UTILISATION DES UNITES DE JOUR POUR PREVENIR LES HOSPITALISATIONS

1. Les cas psychiatriques généraux
2. Les épisodes schizophréniques aigus

1. LES CAS PSYCHIATRIQUES GENERAUX

Le problème de savoir jusqu'à quel point les unités de jour étaient en mesure de s'occuper des patients traditionnellement hospitalisés a été soulevé dès l'apparition de ces dernières. Plusieurs auteurs ont partagé l'idée que ces unités pourraient, au moins partiellement, remplacer les hospitalisations à temps complet : Aron KW (2) Axel M. (3), Craft M. (6), Harris A. (14) Wiener P. (27).

Deux types de recherche ont été réalisés dans ce sens : l'un essayant d'étudier la population de patients soignés en unité de jour comparée à celle soignée en hôpital psychiatrique; l'autre essayant d'étudier le pourcentage de malades qui ont pu être soignés en unité de jour, par rapport à des patients qui sont traditionnellement des indications d'hôpital psychiatrique.

En 1965, Linn L. (18) et Coll. ont publié un travail où sont comparées les soixante-quinze premières entrées admises à l'hôpital de jour de Mount Sinai, à New-York, avec des malades hospitalisés à plein temps. Il ressort que ces populations se ressemblent, avec une prédominance de suicidaires et d'adolescents schizophrènes hospitalisés à plein temps.

Pourtant, d'autres travaux montrent des différences assez importantes entre les deux populations considérées, entre autres, l'article de Hogarty G.E. et Coll. (16), "Who goes there ? ", de 1968 est une mise en garde. Les patients soignés à l'hôpital de jour psychiatrique de Baltimore sont comparés avec des malades hospitalisés. Les différences sont frappantes en ce qui concerne les schizophrènes. L'échantillon de l'hôpital de jour ne ressemble pas à celui de l'hôpital psychiatrique et les éléments statistiques suggèrent que les critères d'admission et les références préalables encouragent une attitude de sélection socio-économique et symptomatique. Hogarty fait de l'humour en nous donnant le profil du malade typique de l'hôpital de jour de Baltimore : femme blanche, mariée, universitaire, vivant au domicile conjugal avec un époux employé semi-spécialisé...

Dans un travail publié en 1971, Plutchick R. (21) se référant aux malades de Bronx State Hospital, arrive aux mêmes conclusions. Il y a des différences importantes dans les deux populations, probablement en rapport avec des variables de classes sociales, de schémas familiaux, symptomatiques et d'attente du psychiatre.

Dans un autre sens, Erickson R.C., et Backus F. I., (9) en 1973, nous ont fait part des opinions des psychiatres travaillant à l'hôpital psychiatrique de "Seattle Veterans Administration" aux U.S.A. Ces auteurs ont constaté avec étonnement que les hospitalisations de jour étaient vues comme intermédiaires entre la consultation et l'hospitalisation à temps complet. Elles ne seraient pas en mesure d'effectuer un nombre important de traitements traditionnellement faits en hôpital psychiatrique. Ce serait là un des aspects les plus importants du problème : les préjugés des travailleurs en psychiatrie.

Ces travaux n'ont pas pour objectif de nous montrer seulement une

réalité. Ils se veulent critiques, dénonçant des habitudes, et envisageant des changements. Plutchic prétend rendre les attitudes de sélection explicites pour pouvoir les changer; Hogarty préconise une meilleure collaboration entre les différentes institutions là où le but des programmes communautaires est celui de réduire les hospitalisations. Il insiste pour que les services d'admissions et pré-admissions portent une plus grande attention à l'alternative de soins offerte par les hôpitaux de jour. Erickson et Backus soulignent l'importance de l'information systématique. Ils préconisent une collaboration étroite du personnel des hôpitaux de jour avec celui des services d'admissions des hôpitaux psychiatriques pour la contribution par leur expérience, aux décisions de triage. Ils envisagent donc des changements au niveau de l'organisation, de la formation et de l'information.

D'autres ont essayé de spécifier le pourcentage de patients susceptibles d'être traités en unité de jour dans le but de remplacer l'hospitalisation à plein temps. Si Bierer croyait à la possibilité d'un remplacement total de l'hôpital psychiatrique par les unités de jour, Cameron (5) en 1950, prévoyait qu'au moins 60 % des malades soignés en clinique pourraient l'être en unité de jour. Epps R. et coll. (8), avancent des chiffres de 50 à 75 %. En 1949-1951 Barnard R.E. et coll. (4), ont constaté qu'un 1/3 des patients habituellement soignés à Menninger Clinique ont été traités à l'hôpital de jour. En France, dans le secteur psychiatrique de la Verrière, Amiel R. et coll. (1) en 1966, trouvent 41 % des patients soignés en unité de jour et 59 % en clinique.

Les deux travaux dont nous allons donner brièvement les résultats sont les plus intéressants. Dans le service d'urgences du Maudsley Hospital, Fox R. et coll. (11) pendant les mois de novembre et décembre 1959 (273 cas) ont constaté que 40 % des patients étaient acceptés à l'hôpital de jour, 40 % envoyés aux consultations et 20 % hospitalisés parce que trop malades ou sans soutien familial. En 1964, Zwerling et coll. (30) nous font état de la première partie d'une recherche faite au Centre hospitalier de Bronx, sur des malades admis de façon systématique à la salle d'admission : 2/3 des patients ont été pris en charge à l'hôpital de jour, 1/3 hospitalisés à plein temps. Nous donnerons bientôt plus de détails sur les travaux de ces auteurs.

Nous voyons donc que dans les services où la réception des urgences est centralisée et où les malades sont soit envoyés systématiquement à l'unité de jour où le tri se fait, soit que la sélection est faite avant, mais avec l'idée bien ferme d'éviter l'hospitalisation, nous arrivons à un rapport de deux malades à l'unité de jour pour un malade hospitalisé.

2. LES EPISODES SCHIZOPHRENIQUES AIGUS

Se référant aux catégories des malades traités en hôpital de jour, M. Despinoy en 1963, signalait qu'on exclut généralement de ces unités les états maniaques et les délires aigus (7). Mais il nous avertit en même temps que d'une façon générale, on assiste au cours de l'évolution d'un hôpital de jour, à l'extension progressive des indications. Ce qui semble se passer dans chaque hôpital de jour se passe également dans la

littérature traitant des indications pour les traitements en milieu de jour : plus la littérature est récente et plus l'éventail des indications possibles augmente. Dans les articles des dernières années, concernant les indications des traitements en unités de jour, certains auteurs (22) ont encore l'opinion que les décompensations psychotiques aiguës ne sont pas une indication de traitement de jour. Cependant, depuis une quinzaine d'années, plusieurs unités de jour sont bien moins restrictives et certains auteurs sont favorables au traitement des épisodes psychotiques aigus dans des unités de jour. (10)

Dans un article de 1960, Kris E.B. (17) nous signale qu'il a suivi 450 patients sortis d'une hospitalisation avec le diagnostic de schizophrénie, 26 de ces patients ont rechuté apparemment par arrêt ou interruption du traitement médicamenteux. Soignés à l'hôpital de jour, ils ont présenté une rémission et sont sortis après une période de 3 à 4 semaines. Ils ont été soignés par des médicaments, psychothérapie de soutien, aide sociale et familiale, ergothérapie.

En 1962, Roper P. (23) nous décrit le traitement des psychotiques aigus faits à l'Allen Memorial Institute of Psychiatry, pendant les années 1957-58. La difficulté à trouver des lits psychiatriques à Montréal, l'a amené à traiter en hôpital de jour des décompensations schizophréniques aiguës, des états paranoïdes aigus et des dépressions psychotiques. Le traitement de choix était l'électroplexie de Page et Russel. Le but, généralement atteint, était de faire disparaître rapidement la symptomatologie psychotique aiguë.

La même année, Steinman L.A. (26) nous rapporte le bilan de 5 ans de soins au Poughkeepsie Day Care Center dans le Hudson River State Hospital. Cette unité a été conçue pour soigner les cas aigus qui auraient été hospitalisés si l'hôpital de jour n'existait pas. Sur 1155 demandes, 431 ne justifiaient pas un programme complet et trouvèrent les sources d'assistance appropriée dans la communauté. Le groupe des schizophrènes comprenait 27,3 % du total des malades. Les patients avec tendances agressives ou suicidaires n'étaient acceptés que lorsqu'ils avaient une famille consciente des dangers et prête à les assumer. Les traitements ont été : médicamenteux, E.C., insulinothérapie, psychothérapie individuelle ou de groupe, programme occupationnel, séances individuelles et de groupe avec les familles.

Aussi en 1962, Zwerling I. et coll. (29) signalèrent qu'il n'existait aucune tentative d'admettre systématiquement tout patient demandant une hospitalisation psychiatrique en hôpital de jour, ni de définir la nature et la fréquence des circonstances qui rendent impossible le traitement des patients en hospitalisation de jour. Cela fut fait à l'hôpital de jour de la division de Psychiatrie sociale et communautaire du Département de psychiatrie du collège de médecine Albert Einstein du Centre hospitalier municipal de Bronx (New-York). Dans les expériences préliminaires, ils ont été particulièrement frappés par l'effet de l'hospitalisation de jour dans les cas de patients diagnostiqués de schizophrénie paranoïde. Sur les 13 patients admis à l'hôpital de jour, 10 y furent entièrement traités. leur étonnement fut encore plus grand par le fait que ces patients étaient, en général, admis en pavillon fermé.

Les mêmes auteurs en 1964, dans leur "Evaluation des possibilités d'utilisation de l'hôpital de jour dans le traitement de patients présentant des perturbations aiguës" (31) constatèrent que sur les 189 malades admis de façon systématique, envoyés de la salle d'admission d'un hôpital de soins généraux, 2/3 furent acceptés. La moitié des non-admis, souffraient de syndromes cérébraux aigus ou chroniques. Parmi les patients admis, 3/5 furent traités sans avoir besoin d'une hospitalisation complète; 2/3 sans transfert ou au plus, un transfert de un ou deux jours en hospitalisation complète; 4/5 sans transfert ou avec une semaine au plus de transfert. La limite maximum du temps de traitement était de deux mois. Le traitement était intensif, psychothérapies de groupes ou individuelles, médicaments, traitements somatiques, traitements avec les familles.

Les patients psychotiques admis, par rapport aux proposés, représentaient le 88 % des psychoses d'involution, 74 % des psychoses cycliques, 74 % des réactions schizophréniques et 76 % des autres réactions psychotiques. Lorsqu'il y eut refus d'admissions de schizophrènes, les raisons fondamentales furent la non coopération de la famille et, ou, le refus de ces malades de venir à l'hôpital de jour. La différence entre les groupes traités sans transfert et ceux traités avec transfert en hospitalisation complète, n'est pas significative du point de vue du diagnostic clinique. Environ 47 % des patients présentant des réactions schizophréniques ont été traités à l'hôpital de jour mais avec transfert. De l'ensemble des 75 schizophrènes proposés, 30 ont été complètement soignés à l'hôpital de jour; 27 traités à l'hôpital de jour mais avec transfert et 18 refusés pour les raisons susmentionnées; dans le groupe des réactions schizophréniques, les raisons qui ont motivé le transfert, pour le groupe de patients soignés à l'hôpital de jour, ont été des raisons de non coopération ou, et, d'inadéquation familiale.

Si beaucoup d'épisodes aigus ont été soignés dans une unité de jour, on peut toutefois se demander si cette forme de traitement est préférable ou tout simplement souhaitable.

Deux types de travaux ont été élaborés sur l'efficacité des traitements de jour : les uns comparent les hôpitaux de jour avec un service de consultations, les autres avec des hospitalisations complètes.

Dans une étude 1969 (13) Guy essaie de comparer deux services pour déterminer si chacun est capable de traiter tous les types et tous les degrés de maladie psychiatrique et si les effectifs de chaque unité révèlent des différences dans les types et degrés de maladie. Les services comparés sont : Baltimore City Psychiatric Day Center et les Services de consultation externe de Springfield Outpatient Clinic. Pour compenser l'absence de double bind, le travail a été fait par une équipe de recherche indépendante (independent assessment team : IAT).

La différence entre les deux types de traitements consistait en ce que les consultations externes ne soignaient qu'avec des médicaments, alors qu'à l'unité de jour, les médicaments étaient associés à un traitement socio-psychiatrique. Les patients, 137 au total, étaient envoyés pour l'hôpital de jour. Les limites d'âge se situaient entre 18 et 65 ans et la coopération de la famille était requise. Dans les contre-indications, on trouve les conduites anti-sociales, les tendances suicidaires manifestes,

l'importante débilite mentale, les alcooliques et drogués, les maladies médicales qui empêchaient les malades de participer aux activités de l'hôpital de jour. Une fois accepté, le patient passait une série de tests par l'IAT, le Brief Psychiatric Rating Scale (20) et le Springfield Symptom Index (12), et 3 jugements cliniques globaux du status psychique et d'amélioration. Nous ne parlerons que des aspects de cette recherche qui nous intéressent aujourd'hui.

92 évaluations complètes ont été faites. 72 % des patients ont fait des progrès avec les deux traitements. Pour 80 % des patients de l'hôpital de jour, le traitement était considéré comme achevé; à l'opposé, seul le 54 % des cas était "terminé" dans le service de consultations externes. Pour les patients considérés comme améliorés ou très améliorés, 43 % appartenaient au groupe de l'hôpital de jour, 23 % au groupe soigné en consultations externes, mais ces chiffres ne sont significatifs que dans les mesures globales. Une différence significative a été vérifiée démontrant une meilleure amélioration des patients schizophrènes par rapport aux non schizophrènes. Le groupe de l'hôpital de jour a présenté une amélioration significativement supérieure en ce qui concerne la méfiance, bizarrerie, hostilité et négativisme. Les traitements médicamenteux, plus un traitement de milieu est plus efficace pour les schizophrènes que le traitement de consultations tout court. Ils ont aussi constaté que les patients soignés dans le Service de consultations externes, ont été plus rapidement traités (88 % en moins de 3 mois pour 54 % de l'hôpital de jour) mais ceux qui sont restés plus longtemps, schizophrènes compris, ont présenté des progrès importants. Il n'y a pas eu de différence significative parmi les deux groupes quant au nombre de patients qui ont demandé la réhospitalisation une année après. Mais la durée de la nouvelle hospitalisation est significativement inférieure pour le groupe hôpital de jour. Les analyses ont révélé que les médicaments, plus le milieu donnent davantage d'amélioration des symptômes schizophréniques que les traitements où seuls les médicaments sont utilisés, comme c'était le cas pour les malades du Service de consultations externes. Ceci est particulièrement vrai pour les patients dont l'histoire psychiatrique révèle une forme de maladie peu grave : pas d'épisode psychiatrique antérieur ou des épisodes assez tardifs dans la vie ou de brève durée.

D'autres types de travaux ont essayé de comparer l'efficacité des traitements dans une unité de jour par rapport à une hospitalisation complète. Nous allons résumer ceux que nous connaissons et qui nous semblent les plus intéressants.

En 1966, Widler J.-F, Levin G. et Zwerling I. (28) ont publié une évaluation longitudinale de deux ans sur des patients psychotiques aigus alors traités dans un hôpital de jour. Les patients soignés en hospitalisation à temps complet (189) ont été comparés à des patients soignés en hôpital de jour (189). Les uns et les autres, adressés au hasard à l'un ou l'autre centre de traitement sous la forme de tour de rôle. Les auteurs conclurent que l'hôpital de jour représente une modalité de traitement adéquate, généralement aussi efficace qu'une prise en charge traditionnelle hospitalière. En ce qui concerne les réactions schizophréniques, des différences ressortent par rapport au sexe des malades. Il y a en général chez les hommes, une grande désadaptation sociale, de même que d'importants problèmes d'agressivité; les auteurs doutent qu'il y ait à

soigner ces patients dans les phases les plus aiguës en hôpital de jour. Pourtant, beaucoup de doutes persistent concernant la relation de ces schizophrènes avec leur famille. Ils concluent que parce que le temps de traitement des schizophrènes a été réduit de deux ans en moyenne à six mois, il serait utile d'utiliser les hôpitaux de jour au moins durant une certaine période de traitement. Par rapport aux femmes, les auteurs sont plus optimistes. Soit les femmes, soit les familles ont trouvé de très grands avantages dans cette forme de traitement. Les femmes préservent ainsi leur propre image, leur sociabilité et la place dans la famille. Les traitements de jour semblent préférables, en général, dans toutes les phases du traitement des femmes schizophrènes.

En 1971, Hert M.-I. et coll. (15) ont publié un travail qui nous semble assez important. Ils ont étudié deux groupes de malades, pour lesquels étaient indiqués aussi bien l'hôpital de jour que le traitement en hospitalisation complète. Ceci les a amenés à exclure un certain nombre de malades, parce qu'ils étaient pas assez ou trop malades. Parmi ceux considérés comme trop malades, il y avait beaucoup de gens de plus de 65 ans, non mariés, hommes, en grande partie des schizophrènes paranoïdes. Parmi les 90 malades acceptés, 45 ont été traités en hospitalisation complète, 45 en hôpital de jour, le choix a été fait au hasard, à tour de rôle. Ils ont été soignés dans le même pavillon ouvert, sauf 10 lits de soins intensifs et par le même personnel, les mêmes traitements leur étant administrés; la seule différence entre les deux groupes était que l'un restait à l'hôpital toute la journée et toute la semaine, l'autre de jour du lundi au vendredi seulement. Le traitement comportait : psychothérapies individuelles, traitement médicamenteux, traitement somatique, thérapie des familles, thérapies réadaptatives et traitement par le milieu. Il y avait aussi, si nécessaire, des suites ambulatoires.

Les auteurs ont effectué 4 évaluations : à l'entrée, 2 semaines après, 4 semaines après et 5 mois après l'admission du dernier patient inclus dans l'étude. La psychopathologie et le rôle furent évalués par le Psychiatric Status Schedule (PSS) (25) et par le Psychiatric Evaluation Form (PEF) (24). Le PSS étant effectué par une équipe indépendante du traitement, le PEF par les membres du staff.

Les deux groupes en question étaient comparables avec d'autres groupes de malades hospitalisés à temps complet dans le service. Le PSS a montré que la population étudiée était sérieusement malade.

Les résultats ont été les suivants : l'unité de traitement intensif a été bien moins utilisée pour les malades de l'hôpital de jour que pour ceux en hospitalisation complète; le temps moyen passé en traitement était bien inférieur à l'hôpital de jour qu'en hospitalisation complète. Durant une période de 3 à 9 mois, il y eut presque le double de réhospitalisation de malades de l'hospitalisation complète par rapport aux malades de l'hôpital de jour. En ce qui concerne la psychopathologie, les contrôles après 4 semaines surtout, ont montré une efficacité supérieure de l'hôpital de jour, plus nette dans l'appréciation faite par les éléments du staff que dans celle du chercheur indépendant. Les résultats à long terme ne furent pas si clairs, mais davantage de malades de l'hôpital de jour retournèrent dans la communauté, ce qui équivalait à une meilleure autonomie. Le groupe

des schizophrènes n'a pas donné lieu à une étude particulière, l'échantillon ne le permettant pas.

L'optimisme suscité par cette recherche n'a pas duré longtemps. L'article de Michaux M.H. et coll., 1972 (19) a produit un effet de douche froide pour ceux qui s'intéressaient aux hôpitaux de jour. Ces auteurs ont comparé 50 patients traités au Carrol Country Day Center, avec 56 patients traités au Springfield State Hospital, mais dont l'état aurait permis un traitement en hôpital de jour. L'hôpital était semi-autonome, même si lié administrativement au Springfield State Hospital. Les deux groupes étaient écologiquement similaires, mais plus de patients en hospitalisation complète appartenaient aux classes sociales les plus défavorisées, peu ou pas qualifiés professionnellement.

Le résultat indique que le traitement en hospitalisation complète est plus efficace qu'en hôpital de jour en ce qui concerne l'excitation, la désorganisation conceptuelle, l'autopunition anxieuse, l'altération du fonctionnement, l'hyperactivité désorganisée, la paranoïa et l'inconfort. A l'exception de l'excitation et de l'hyperactivité désorganisée, l'ensemble de ces symptômes était significativement réduit dans les deux groupes de traitement. Le test considéré comme mesurant l'adaptation sociale a montré que celle-ci était plus grande pour les malades de l'hôpital de jour que pour ceux de l'hospitalisation complète. Ces données ont été appuyées, confirmant l'action du traitement différentiel, sur une sous-population de sous-population de schizophrènes (22, hôpital de jour - 36, hospitalisation complète). En dehors du groupe de schizophrènes, il n'y a pas de différences significatives. De plus, l'estime de soi était plus élevée et la dépression anxieuse atténuée chez les schizophrènes du groupe en hospitalisation complète. L'efficacité était équivalente en ce qui concerne l'élimination des hallucinations et des projections paranoïdes. Pour Michaux et coll., les différences entre leurs résultats et ceux de Herz et coll., provenaient probablement du fait que dans leurs travaux, les patients alcooliques n'étaient pas exclus; dans les critères d'évaluation, les résultats employés par Herz et coll. incluaient l'évaluation des staffs sur leurs propres patients. Les différences par rapport aux critères d'évaluation dans les deux travaux étaient aussi assez importants.

Les auteurs avancent trois hypothèses pour interpréter les résultats favorables à l'hospitalisation complète :

- 1) Les patients schizophrènes surtout, bénéficient d'une protection plus importante en hospitalisation complète qu'en hôpital de jour.
- 2) Malgré l'équivalence globale dans la médication, le fait qu'il y eut une interdépendance entre l'effet du médicament et l'aménagement du milieu peut fausser la comparaison entre les deux groupes. Cette différence jouerait surtout un rôle dans l'excitation et l'hyperactivité plus tolérées en hôpital de jour, donc moins médicamentées.
- 3) Il y a probablement un effet défavorable pour le groupe de l'hôpital de jour, par le fait qu'il est situé sur le même terrain que l'hôpital psychiatrique et que les patients y sont amenés en bus.

Les auteurs ont mis en rapport le travail de Guy et coll., cité ci-dessus, avec leur propre travail, dans le sens que les hôpitaux de jour et les hospitalisations complètes présenteraient une protection progressivement plus importante pour les patients schizophrènes, d'où les résultats

avantageux de l'hôpital de jour par rapport aux consultations et aux hospitalisations complètes par rapport à l'hôpital de jour. D'autres considérations de Michaux et coll. sont importantes à signaler : nous les reproduisons intégralement : "Le fait que le MPIK était le plus important chez les patients traités de jour que chez ceux traités à plein temps, peut refléter des différences dans les buts de traitement dans les services étudiés. K est parfois interprété comme la mesure d'une défense personnelle. Les patients dont la quotation se situe haut dans l'échelle sont vus comme déniaient les symptômes de la maladie mentale et minimisant à la fois leurs propres difficultés et les lacunes des autres. En d'autres termes, cette variable apparaît comme la mesure du rejet du rôle de patient; une attitude qui est encouragée par la majorité des programmes de jour, incluant ceci : la guérison sociale est un but thérapeutique majeur. L'hôpital d'un autre côté, contient en soi le modèle médical traditionnel dans lequel la "maladie" psychiatrique est beaucoup plus une affaire personnelle qu'un fait social. Le traitement est focalisé sur la disparition des symptômes; le rôle de patient est une réalité de la vie à laquelle on ne peut échapper. Il est donc compréhensible que les patients des centres de jour aient développé une défense par la "normalité" dans une mesure plus grande en comparaison avec les patients des hôpitaux."

Malgré l'honnêteté statistique du travail de Michaux et coll., celui-ci soulève des questions très importantes. Nous ne savons rien sur l'organisation des traitements dans les deux unités thérapeutiques étudiées, sauf en ce qui concerne les médicaments. Les chercheurs ont étudié ce qu'ils croient important dans un traitement psychiatrique. Or, nous connaissons très peu de choses sur l'idéologie des équipes et sur le but recherché, si ce n'est ce que Michaux et coll. laissent échapper : l'équipe de l'hospitalisation complète aurait une idéologie médicale traditionnelle, "réaliste", l'hôpital de jour dénierait la maladie mentale, favorisant la construction d'un immense faux-self. Ces différences sont trop importantes pour que les deux unités soient comparables; de même, les commentaires finaux des auteurs de cet article en disent long sur la neutralité des équipes indépendantes. Apparemment, la sympathie des auteurs irait pour l'idéologie "réaliste" du staff de l'hospitalisation complète.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) AMIEL R., CHANDIT P. (1968)
Critères de fonctionnement en hospitalisation partielle
Inform. Psychiat., 3, 267-270
- 2) ARON K.W., SMITH S. (1953)
The Bristol Psychiatric Day Hospital
J. Ment. Sci., 99, 564-571
- 3) AXEL M. (1959)
Treatment of Schizophrenia in a Day Hospital.
Int. J. Soc. Psychiat., 5, 174-181
- 4) BARNARD R.I., RUBINS L.L., TETZLAFF F.M. (1952)
Hospitals without Beds
Menninger. Quart. 6, 2, 6-10
- 5) CAMERON D.E. (1950)
The Day Hospital, an Approach to expanding Hospital facilities
Mental Hospital
- 6) CRAFT M. (1959)
Psychiatric Day Hospitals
Amer. J. Psychiat., 116, 251-254
- 7) DESPINOY M. (1963)
Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit
Rev. Prat. Vie Soc. Hyg. Ment., 4, 185-204
- 8) EPPS R., HANES L. (1964)
Day Care of Psychiatric Patients
Charles C. Thomas, Springfield, III
- 9) ERICKSON R.C., BACKUS F.I. (1973)
Symptom Severity and Day Hospital Admission
Hosp. Commun. Psychiat., 2, 102-104
- 10) FIGUEIREDO E., DESTOUCHES Ph., POSSE S. (1976)
Episodes psychotiques aigus traités en unité de jour.
Référence à la prise en charge par trois soignants.
Inf. Psychiat., 4, 433-447

- 11) FOX R., RUTTER M., SMITH E.B.O. (1960)
Psychiatric Day Hospitals
Lancet, 1, 824-825
- 12) GROSS M. (1961)
Objective Evaluation of Psychotic Patients under drug Therapy :
a Symptom and adjustment Index.
J. Ner. Ment. Dis., 133, 399-409
- 13) GUY W., GROSS M., HOGARTHY G.E., DENNIS H. (1969)
A Controlled Evaluation of Day Hospital Effectiveness
Arch. Gen. Psychiat., 20, 329-338
- 14) HARRIS A. (1954)
A psychiatric day hospital.
Hospital (London) 50, 214-216
- 15) HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., MESNIKOFF A. (1971)
Day Versus Inpatient Hospitalization : A controlled Study.
Amer. J. Psychiat., 127 : 10, 107-117
- 16) HOGARTY G.E., DENNIS H., GUY W., GROSS G.M. (1968)
"Who Goes There ?" A critical Evaluation of Admissions to a
Psychiatric Day Hospital.
Amer. J. Psychiat., 124, 934-944
- 17) KRIS E.B. (1960)
Intensive short-term treatment in a day care facility
for the prevention of rehospitalization of patients in the
community showing recurrence of psychotic symptoms.
Psychiat. Quart., 34, 82-88
- 18) LINN L., MEYERSON A.T., BERNSTEIN M.H. (1965)
Hospitalisation électorive à temps partiel
Inform. Psychiat., 6, 483-499
- 19) MICHAUX M.L., CHELST M.R., FOSTER S.A., PRUIM R.J. (1972)
Day and Full-Time Psychiatric Treatment : A Controlled Comparison
Current Therapeutic Research, 6, 279-291
- 20) OVERALL J.-E. and GORHAM D.-R. (1962)
The brief psychiatric rating scale
Psychol. Rep., 10, 799-812

- 21) PLUTCHIK R. (1971)
 Personality and Personal History Differences Between Day
 Hospital and ward Patients
 Psychiat. Quart., 54, 4, 509 - 517

- 22) RICHON H. (1972)
 De l'intérêt, en hôpital de jour, des perfusions intraveineuses
 d'amitriptyline
 Ann. Med. Psychol., 130 II/4, 554-566

- 23) ROPER P. (1962)
 Treatment of Psychiatric Emergencies on an Ambulant Basis in the
 Day Hospital
 Canad. Med. Ass. J., 86, 321-323

- 24) SPITZER R.-L. ENDICOTT J., FLIESS J.-L. (1967)
 Instruments and recording forms for evaluating psychiatric status
 and history : rationale, methods of development and description
 Comp. Psychiat., 8, 321-343

- 25) SPITZER R.-L., ENDICOTT J., FLIESS J.-L. et coll. (1970)
 The psychiatric status schedule a technic for evaluating psychopathology
 and impairment in role functioning.
 Arch. Gen. Psychiat., 23, 41-55

- 26) STEIMAN L.A., HUNT R.C. (1962)
 Day Hospital Treatment of Acute Psychiatric Illness
 J.H. Masserman (ed.) Current Psychiatric Therapies,
 vol. 2, Grune & Stratton, New York, 196-199

- 27) WIENER D. (1963)
 Problems and Directions for the Day Treatment Center
 Ment. Hyg. (New York), 47, 411-417

- 28) WILDER J.F., LEVIN G., ZWERLING I. (1966)
 A Two-Year Follow-up. Evaluation of Acute Psychotic Patients
 treated in a Day Hospital
 Amer. J. Psychiat., 122, 1095-1101

- 29) ZWERLING I., WILDER J.F. (1962)
 Day Hospital Treatment for Psychotic Patients. In : Masserman J. (ed.)
 Current Psychiatric Therapies (vol. 2) Grune & Stratton, New York, 200-210

30) ZWERLING I. WILDER J.F. (1964)

An Evaluation of the Applicability of the Day Hospital in
Treatment of Acutely Disturbed Patients
Israel Ann. Psychiat., 2, 162-185

IV LE CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

1. Type d'unité de jour
2. La place du Centre de traitement de jour de Carouge au Centre psycho-social universitaire
3. Le fonctionnement du Centre de traitement de jour de Carouge.

1. TYPE D'UNITE DE JOUR

Plusieurs tentatives ont été faites pour définir les unités de jour, pour les classifier. Voici quelques exemples :

Bierer tente une classification où se mélangent les buts des unités et la relation existante avec les autres unités psychiatriques : centre occupationnel, centre de réadaptation de postcure, quartier de jour de l'hôpital psychiatrique, département de jour de l'hôpital général, centre de jour détaché d'un hôpital principal, hôpital de jour unité indépendante, "schift hospital". Cameron (9) préconise une classification où se chevauchent les buts, la relation avec d'autres unités, l'âge et le type de patients soignés. Farndale (15) classifie les unités de jour en Angleterre, par rapport à la situation administrative, à la localisation et à l'âge. Zwerling (39) classifie les unités de jour, par rapport à leur situation administrative. Rickelmann (34) propose une classification par rapport à des buts très larges : alternative à une hospitalisation complète, réadaptation, centrés sur les relations interpersonnelles, transition pour la postcure. Astrachan (3) utilise une classification semblable à celle de Rickelmann définissant les hôpitaux de jour par rapport aux buts : Un hôpital de jour devrait avoir un but clair, une fonction primaire, comme n'importe quel système transformatif qui fonctionne bien. Il parle aussi des buts thérapeutiques spécifiques comme le traitement des toxicomanes. Saint-Laurent (35) précise divers modèles selon leurs caractéristiques essentielles : service hospitalier ordinaire fermé la nuit; section d'un service d'ergothérapie; section d'un dispensaire; service de postcure dans les grands hôpitaux psychiatriques; service autonome mais intégré comme département paramédical; service autonome mais intégré dans un ensemble psychiatrique cohérent. Steinman (36) signale la diversité des formes, des expériences et des concepts; il signale également qu'il n'y a aucun accord quant à la définition, au rôle, à la fonction, au programme de traitement et aux patients traités.

Nous ne désespérons pas face à cette situation qui ne vient que confirmer l'extraordinaire vitalité de ces unités psychiatriques dans leur développement. Mais, les efforts de classification ne sont pas vains, puisqu'ils nous donnent une meilleure définition de la physionomie des hôpitaux de jour et nous permettent de mieux savoir de quoi nous parlons; ils facilitent les efforts de comparaison avec d'autres unités fonctionnant de façon différente.

Nous pouvons imaginer d'autres types de classification des unités de jour, différentes de celles citées. Nous pouvons faire la classification suivante des malades qui sont adressés à l'unité de jour par rapport aux troubles psychiatriques : cas psychiatriques généraux, toxicomanes (comme le centre des Vollandes au CPSU de Genève), centre pour alcooliques (18), etc.

Par rapport à l'âge : unités de jour d'adultes, unités de jour pour enfants (32), pour enfants et adolescents (27), pour patients gériatriques (11, 26).

Par rapport à la durée du séjour : jusqu'à un maximum (40),

variable (4), avec une durée souhaitable.

Veil (37) proposé une classification formelle où 15 critères sont utilisés, ne s'excluant pas mutuellement, mais ne comportant chacun qu'une valeur pour chaque unité de jour considérée. Parmi ces 15 critères, nous trouvons : la propriété des unités de jour, le degré d'autonomie; l'existence ou la non-existence d'une consultation externe simultanée, les heures d'ouverture; les jours d'ouverture; l'intensité et la nature du traitement médical; le recrutement des malades; la spécificité psychiatrique, etc.

2. LA PLACE DU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE AU CENTRE PSYCHO-SOCIAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ADULTES) *

Plusieurs auteurs trouvent des avantages dans un travail intégré de plusieurs unités de soins. Ainsi, le rattachement géographique d'une unité de jour à un hôpital général agissait comme élément de déculpabilisation du patient et, parallèlement, facilitait l'utilisation des services médicaux (13, 14, 19).

Historiquement, Cameron suivi dans cette opinion par d'autres auteurs (36) voyait des avantages dans l'intégration d'un hôpital de jour à l'hôpital psychiatrique pour augmenter la confiance de l'équipe dans la prise en charge des malades suicidaires en particulier (33). Pour le même auteur, en 1947, (8) un des objectifs de l'hôpital de jour était celui d'organiser la postcure, impliquant de ce fait une collaboration étroite avec l'hôpital psychiatrique.

Seules des raisons psychologiques peuvent justifier un éloignement géographique d'une unité de jour par rapport à un hôpital psychiatrique (12). Ces raisons ne doivent pas empêcher, bien au contraire, une collaboration entre les différentes unités de soins celle-ci facilitant l'extension des indications de traitement en unité de jour. L'articulation avec un hôpital de nuit peut diminuer le nombre d'hospitalisations à temps complet (3) et la possibilité d'articulation avec d'autres services fait de l'unité de jour un instrument essentiel dans le secteur psychiatrique; elle est présente dans le service de santé mentale en Angleterre, dans le dispensaire psychiatrique de rayon en URSS et dans tous les projets de sectorisation en France (7, 31). Dans le service de santé mentale de Worthing en Angleterre en 1957, Carce (10) nous décrit l'introduction d'un service extra-hospitalier (unité de jour, consultations, visites à domicile). L'unification des dispositifs de tri leur a permis de réduire le nombre d'hospitalisations de 59 %, les dix premiers

* Rattachés au Centre psycho-social universitaire, il existe encore un Service de psychiatrie infantile d'âge pré-scolaire (Guidance infantile), un Service d'adolescents (Unité psychiatrique des adolescents) et un Service de déficience mentale (Centre universitaire de diagnostic et de soins de la déficience mentale).

mois de 1957, dans un hôpital où le nombre d'entrées avait tendance à augmenter chaque année d'environ 4 %.

En 1968, dans ses réflexions préliminaires à l'ouverture d'un hôpital de jour du Service de santé mentale du 6ème arrondissement de Paris, Bernard P. (5) affirme qu'il n'est pas souhaitable de prévoir la création d'une unité psychiatrique en dehors d'une perspective globale. C'est à partir d'une réflexion globale qu'est apparu le projet de création du Centre de traitement de jour de Carouge qui trouve sa justification par rapport à l'ensemble des unités psychiatriques qui lui ont donné naissance.

Le Centre de traitement de jour de Carouge est une unité du Centre psycho-social universitaire de Genève, à son tour intégré dans le Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Le Centre psychiatrique de jour est apparu pour répondre à un certain nombre de problèmes présents dans la pratique psychiatrique existante auparavant.

Les transformations de l'hôpital psychiatrique (clinique psychiatrique de Bel-Air) et le développement d'un important service extra-hospitalier depuis, dont le Professeur Ajuriaguerra pour le premier et le Professeur Garrone pour le second, ont été les animateurs les plus importants, émanant d'un certain nombre de principes généraux que nous pouvons définir ainsi (1, 2, 17, 24) :

- a) la maladie mentale n'est jamais totalement irréversible et l'objectif final du psychiatre est d'aider le patient à retourner à une vie non dépendante des institutions psychiatriques;
- b) les objectifs de la psychiatrie ne sont pas ceux d'une adaptation normative mais de permettre aux malades de vivre librement parmi les autres hommes;
- c) l'hospitalisation en clinique doit être brève et doit aider le patient à vivre le plus vite possible à l'extérieur;
- d) pour accomplir ces objectifs, organiser une posture, prévenir la réhospitalisation, permettre à un certain nombre de malades de vivre à l'extérieur de l'hôpital dans un milieu socialement facilité, "de situation abri" (23,28,29,30), il est nécessaire de créer un service extra hospitalier possédant de multiples unités de soins. Ces dix dernières années, le Centre psycho-social a été doté, en ce qui concerne la psychiatrie d'adultes, celle qui nous intéresse maintenant, des unités de soins suivantes (21,22,24,25) :

- 1. un service ambulatoire de consultations et de traitement, garde, urgences;
- 2. ateliers thérapeutiques de jour (centre de réadaptation sociale);
- 3. pensions et foyers protégés, contrôlés par le CPSU;
- 4. le "Club" Gaspard de la Rive;
- 5. une antenne psychiatrique dans l'hôpital général;
- 6. une unité de consultations et de traitement de jour pour les toxicomanes;
- 7. une unité semi-privée, spécialisée dans le traitement des alcooliques.

C'est dans cet ensemble psychiatrique que les hôpitaux de jour ont pris naissance dès le mois d'août 1970 et c'est avec ces différentes unités de soins qu'ils doivent s'articuler. Depuis l'apparition du Centre

de traitement de jour par transformation d'un atelier thérapeutique (6,16), et l'année suivante, cette unité a fonctionné avec l'ensemble du Centre psycho-social universitaire de Genève, couvrant la population de la République et canton de Genève (350'000 habitants, dont environ 200'000 habitants urbains). Postérieurement, en 1973, le CPSU s'est divisé en trois secteurs géographiques, s'articulant avec une division correspondante de la clinique psychiatrique de Bel-Air. Le Centre de traitement de jour a été rattaché à un de ces secteurs (Jonction).

La politique psychiatrique de l'Etat de Genève va dans le sens de transformer l'hôpital psychiatrique en un lieu de passage et d'axer sur les services extra-hospitaliers une organisation continue de soins (21). Pour éviter les hospitalisations, le service de garde, le centre d'urgences de l'hôpital général, avaient déjà fait un travail important. Mais pour réduire davantage les hospitalisations, la création d'unités de jour a été prévue, confiées à une équipe thérapeutique, capable d'offrir les traitements médicaux intensifs, une action psychothérapeutique, socio-ergo-thérapeutique, un travail au niveau de la famille, et un traitement à domicile (20, 22). Le Centre de traitement de jour devrait intervenir dans les situations d'urgence et agir dans un délai bref (optimum 3 mois). Ces deux postulats constitutifs des centres de traitement de jour fonctionnent comme indicateurs, critères généraux à suivre d'une façon flexible mais jamais comme normes rigides, administratives, à accomplir à tout prix.

LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

Nous allons décrire très brièvement le fonctionnement du Centre de traitement de jour de Carouge. Pour ne pas nous répéter, nous laisserons pour plus tard beaucoup d'aspects du fonctionnement qui concernent spécifiquement d'autres chapitres de ce travail.

Localisation

Le Centre de traitement de jour de Carouge se trouve dans la ville du même nom, séparé par la rivière "l'Arve" de la ville de Genève. Il est situé dans un nouvel immeuble au rez-de-chaussée. Il donne sur le quai des Orpailleurs que longe la rivière "l'Arve" et qui se termine en cul-de-sac. Il y a donc peu de circulation ce qui, associé à la présence de la rivière, rend l'unité de jour assez protégée des bruits de la ville. L'ambiance y est tranquille.

Dans la ville de Carouge, nous trouvons une grande diversité de couches sociales : une population ouvrière, des petits commerçants et artisans, population prédominante, mais aussi des couches sociales plus élevées de la ville de Genève. A côté d'une tradition bien présente dans cette ville typique d'origine sarde, il y a un brassage de différents styles de vie, de différents groupes sociaux.

Par tradition, Carouge est accueillante et ouverte. Le niveau de tolérance de la population aux écarts de comportements sociaux est extrêmement grand : nous n'avons jamais eu le moindre problème avec la population carougeoise, malgré les tenues et les comportements souvent bien extravagants de nos patients. Ces facteurs sont d'une grande importance pour la réussite de l'implantation d'une unité psychiatrique dans la ville.

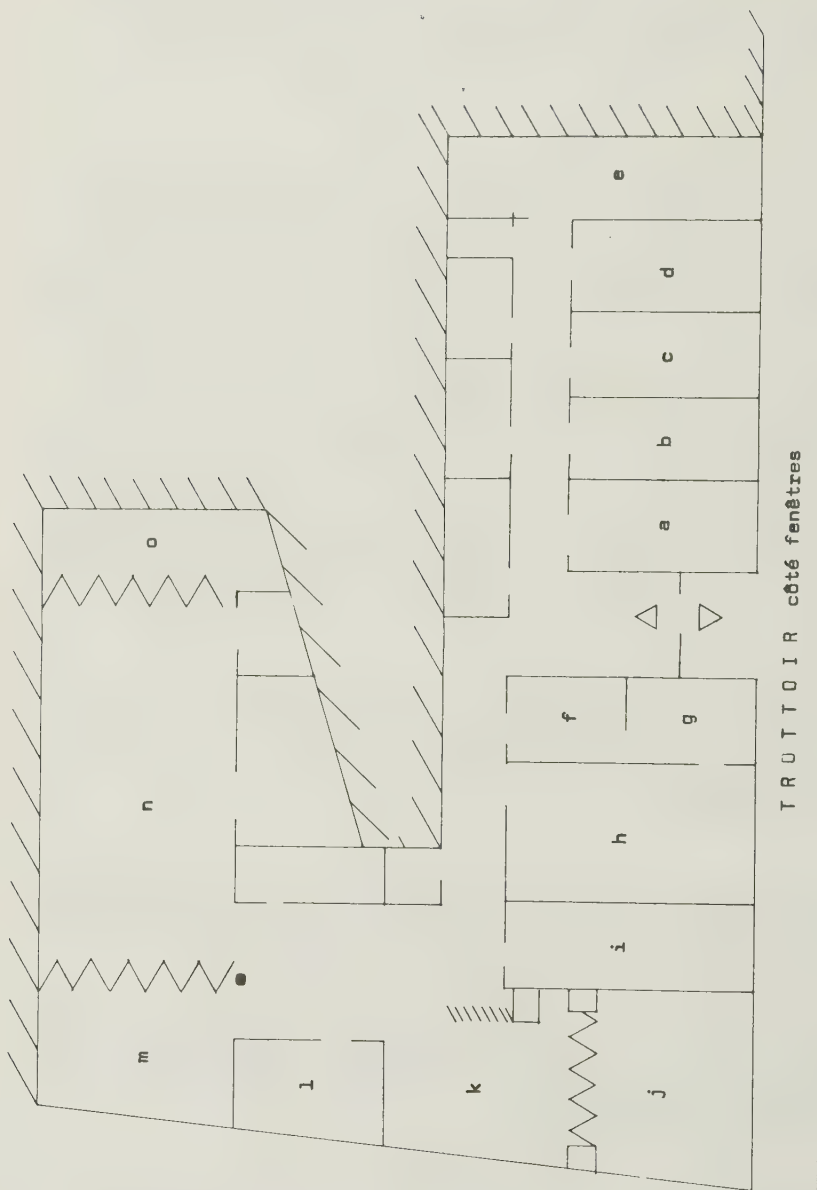
Le Centre de traitement de jour de Carouge draine une région géographique de la République et canton de Genève, comportant une population citadine et villageoise. Comme nous l'avons dit, cette région géographique constitue un des trois secteurs du Centre psycho-social universitaire de Genève, le secteur Jonction, avec une population d'environ 120.000 habitants.

Architecture

Le tableau No 2 nous donne une idée de la configuration du Centre de traitement de jour. L'entrée divise l'unité de soins en une partie droite et une partie gauche. Dans la partie droite se trouve les bureaux des médecins (a, b, c), la pharmacie comporte un lit (d) et la salle de repos possède 3 lits (e).

Nous pouvons, si nécessaire, ajouter des lits de camp dans cette dernière pièce. Ce côté droit est plus "médicalisé" et plus tranquille. Nous sommes arrivés à y effectuer 5 perfusions par jour simultanément. Pour les soignés, ce côté signifie habituellement refuge, régression, tranquillité, notions qui apparaissent constamment dans la dynamique institutionnelle.

Dans la partie gauche se trouvent la réception et le secrétariat (f, g), le bureau de l'équipe (h), le bureau des psychologues (i), une salle de séjour où sont servis les différents repas et qui est utilisée comme salle de jeux (jeux de cartes, domino, scrabble, échecs, etc.). Cette salle est très grande et peut être divisée par une paroi coulissante en deux parties (j, k). Dans la partie située du côté des fenêtres (j) s'effectuent les groupes de discussion institutionnels. Dans la partie gauche, nous trouvons également une petite salle de



détente (1), pratiquement réservée aux soignés, les soignants n'y entrent que très rarement. La salle de détente possède un tourne-disques, de même qu'une petite bibliothèque. Une grande salle (m, n, o) ferme l'unité de jour par derrière. L'éclairage y est artificiel. Elle peut se diviser en trois autres salles, l'une servant d'atelier de peinture, poterie, émaux (m), l'autre de salle de ping-pong où a lieu également le groupe d'expression corporelle (n), la dernière enfin possède un atelier de bois, un football de table et une télévision (o), cette télévision peut être allumée par tout malade lorsqu'il le désire. Fait significatif : il se passe souvent des périodes de plusieurs mois, sans que personne ne la fasse fonctionner. Cette constatation,

révèle l'intensité des rapports humains à l'unité de jour, le peu d'importance qu'y prennent les situations de pseudo-sociabilité et les phénomènes de groupe qui, en réalité, sont des résistances aux échanges personnels. C'est dans cette partie de gauche que se passent les phénomènes groupaux spontanés globaux qui ponctuent la vie quotidienne de l'institution.

Entre ces deux régions se trouve la salle d'attente, sorte de nomansland, ouverte aux visites, aux rendez-vous des soignés qui sont sortis. Les autres pièces correspondent aux cuisines, sanitaires et débarras.

Les soignés

Pendant les trois ans que comprend notre recherche (années 1972, 1973, 1974), nous avons eu 220 sorties. Le Centre psycho-social universitaire nous a envoyé la majorité de nos malades, surtout des adultes mais aussi des adolescents, (82 %). Nous ferons le bilan ultérieurement, mais nous pouvons déjà signaler que le 71 % des patients sont entrés dans un état aigu ou sub-aigu, dont 26 % de schizophrènes. Le diagnostic clinique au moment de l'entrée est très divers, 45 % environ étant des psychotiques.

La physionomie sociologique des soignés nous est donnée par le tableau No 3 A l'unité de jour, nous avons une limite supérieure par rapport au nombre des patients soignés simultanément, qui est de 25 présences. Cette valeur a parfois été atteinte.

L'équipe

L'équipe soignante était constituée, à la fin de la dernière année de notre recherche (1974) de la manière suivante :

- 3 médecins, dont le chef de clinique
- 2 psychologues à mi-temps
- 6 infirmiers (3 hommes et 3 femmes)
- 1 secrétaire réceptionniste à plein temps
- 1 secrétaire à mi-temps
- 1 graphiste à un quart de temps.

Le minimum d'années que les médecins ont passé à l'unité de jour a été de 2 ans. Les infirmiers, une secrétaire, la graphiste, une psychologue et le chef de clinique sont les mêmes durant les trois ans de notre étude. Nous avons décidé de ne pas avoir d'assistante sociale, ni d'ergothérapeute, animateur, etc. L'idée de base que nous développerons plus tard est celle de transformer les infirmiers en répondants polyvalents pour éviter les nombreuses difficultés soulevées par les interlocuteurs multiples. Par rapport aux assistants sociaux, deux autres raisons justifient notre attitude. Comme nous travaillons dans le cadre du secteur Jonction du Centre psycho-social universitaire et comme les assistants sociaux

TABLEAU No 3

HOMMES	47 %
FEMMES	53 %
GENEVOIS	14 %
CONFEDERES	43 %
ETRANGERS	43 %
MARIES	29,5 %
CELIBATAIRES	60,5 %
DIVORCES	8,6 %
VEUFS	1,4 %
MANUELS	69,5 %
ETUDIANTS	22,3 %
CADRES ou AUTRES	8,2 %
AGE - 15 à 24 ans	34,5 %
25 à 34 "	35 %
35 à 44 "	16,5 %
45 à 54 "	11 %
55 à 64 "	3 %

font partie de l'équipe des consultations, en cas de besoin impérieux dans des situations où la possibilité d'aide sociale par l'équipe est dépassée, les soignés seront obligés de se déplacer, de chercher ailleurs qu'à l'unité de jour ce dont ils ont besoin. Cette situation révèle une prise d'initiatives par les soignés et leur montre que les possibilités d'aide de l'unité de jour ne sont pas illimitées. Par ailleurs, le contact avec les services sociaux de l'équipe de consultations facilite une future transmission à ces services, si elle s'avère nécessaire.

Horaires, repas

Le contrat thérapeutique (tableau No 4), institue les règles de fonctionnement de l'unité de jour. L'unité de jour ouvre à 09 h. 00 et ferme à 17 h. 30 pour les patients. La majorité de l'équipe est présente au café du matin, au repas de midi et au thé de 15 h. 30. Le repas de midi est assuré par un restaurant. Le prix de chaque repas est de fr 7.-- et est payé par les patients. Dans certaines situations exceptionnelles, les services sociaux du Centre psycho-social universitaire trouvent une aide financière, pour les patients se trouvant dans des conditions économiques difficiles.

L'unité de jour est ouverte 5 jours par semaine et est fermée souvent pendant 4 jours pour les fêtes de Pâques et Noël. Nous n'avons que rarement des appels du Service de garde du Centre psycho-social universitaire pendant les heures et jours de fermeture.

Les traitements

Les traitements sont surtout psychothérapeutiques (trithérapie centrée sur chaque patient, groupes institutionnels qui englobent l'ensemble des soignés et des soignants), traitements corporels (expression corporelle en groupe ou individuelle, massages), traitements familiaux, hospitalisations et visites à domicile, traitements médicamenteux (en perfusions, comprimés, etc.), ludothérapie (travail créatif de peinture, émaux, poterie, sorties organisées, etc.). Voir tableau No 5 que nous donne l'organigramme hebdomadaire.

Dans l'institution, nous avons des moments que nous appelons "chauds" (trithérapie, groupes), "mornes" (ludothérapie, expression corporelle) et "neutres" (groupes et activités spontanées des patients), les adjectifs "chauds", "mornes", "neutres", sont en rapport avec l'impact psychothérapeutique de l'équipe soignante. Le travail, n'est utilisé que lorsque c'est nécessaire, dans un but exclusivement formatif, comme par exemple dans un certain nombre de cas où une formation de secrétariat a été facilitée. D'ailleurs, si au début de notre travail, chaque membre de l'équipe soignante gardait une certaine référence au modèle de la communauté thérapeutique, nous avons par la suite abandonné pratiquement toute référence à des concepts de démocratie interne ou à des pratiques d'intervention active dans le champ institutionnel. Nous ne nions pas que l'idéologie de la communauté thérapeutique peut avoir une application dans d'autres situations psychiatriques signifiant un progrès par rapport à d'autres modèles de traitement. La participation d'un schizophrène hospitalisé depuis des dizaines d'années dans une clinique, à la discussion d'un problème concernant son pavillon, votant et travaillant dans ce même pavillon, peut signifier un progrès immense par rapport à une psychiatrie asilaire. Mais dans une unité de jour avec une petite population de malades, partiellement insérés dans leur milieu habituel et avec une équipe soignante nombreuse, nous nous sommes rendus compte que le vote et la démocratie étaient en général une manipulation et un passage à l'acte qui rendaient impossible une élaboration. De même,

TABLEAU No 4

C O N T R A T T H E R A P E U T I Q U E

L'Hôpital de Jour est une dépendance du Centre Psycho-Social Universitaire, institution de l'Etat de Genève, dont le Directeur est le Professeur G. GARRONE.

L'hospitalisation de jour est un libre engagement entre soignants et soignés, impliquant l'acceptation des points suivants :

1) Les soignants sont tenus au secret professionnel. De la même façon, les soignés se doivent de respecter le secret concernant la vie privée des autres soignés.

2) Les informations concernant les soignés peuvent être utilisées à l'Hôpital de Jour, si les soignants les jugent utiles à la démarche thérapeutique.

3) Pour son travail, l'équipe soignante établit des dossiers individuels, ainsi que des compte-rendus des diverses activités de l'Hôpital de Jour. De même, elle se réserve quelques heures au cours de la semaine pour les besoins de sa fonction.

4) Il est souhaitable que les soignants soient informés de toute absence aux activités thérapeutiques de l'Hôpital de Jour, dans lesquelles le soigné s'est engagé. Parmi ces activités, nous considérons nécessaire la présence dans les groupes et aux petits entretiens.

A titre exceptionnel, le soigné peut, d'entente avec l'équipe soignante, passer un certain temps d'essai à l'Hôpital de Jour, avant de s'engager dans les activités pré-citées.

5) Les horaires des activités de l'Hôpital de Jour sont susceptibles de changements étant donné les impératifs de disponibilité de l'équipe soignante.

6) L'Hôpital de Jour ouvre de 9h à 17 h 30, du lundi au vendredi, sauf fériés.

Le repas de midi peut se prendre sur place où il est servi à 12 heures ; les inscriptions doivent se faire avant 9 h 30.

TABLEAU No 5

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

			réunion équipe synthèse	
café-thé				café-thé
groupe	animation	expression plastique	groupe	
déjeuner				
accueil	expression corporelle	accueil	réunion équipe	
expression plastique				expression plastique
réunion d'équipe				séminaire lecture

appropriation du milieu institutionnel par le travail rendait difficile la prise de conscience, du fait que le cadre thérapeutique est provisoire, signifiant une fonction de réparation dans la division sociale du travail. Nous comprenons en général le travail dans l'aménagement et la transformation de l'institution comme une résistance qui empêche que cette énergie soit orientée vers l'organisation de la vie privée de chaque soigné. Dans la situation d'une unité à jour dynamique avec but psychothérapeutique et face à un contrat thérapeutique qui institue le type de rapport existant dans l'institution, et détermine la différence soignants-soignés, notre tâche réside davantage dans l'élaboration des différentes situations institutionnelles, permettant une prise de conscience d'une transformation dynamique de l'appareil psychique des soignés que dans la création d'une micro-société démocratique où serait investie l'activité formatrice des patients.

Les trois moments fondamentaux de la thérapie institutionnelle sont, au Centre de traitement de jour de Carouge, les groupes, sortes de miroirs de l'ensemble de la dynamique institutionnelle, les entretiens de trois thérapeutes centrés sur chaque soigné et la réunion d'équipe. Nous concevons le travail institutionnel comme un travail intégré, se cristallisant en différents moments significatifs. Dans les groupes institutionnels, la diachronie de chaque histoire personnelle des soignants se greffe dans la synchronie de l'interdépendance de l'ensemble des protagonistes qui partagent à un moment donné le champ institutionnel. Dans les entretiens centrés sur chaque patient, nous essayons de lier l'histoire de chaque patient avec ses différentes manifestations dans la vie institutionnelle, depuis les groupes de discussion aux repas, aux autres activités prévues ou spontanées. Nous y reviendrons ultérieurement.

Le nombre de groupes de discussion institutionnels a varié de 3 groupes d'une heure par semaine, à 2 groupes d'une heure et demi. Dernièrement, le premier groupe de discussion a eu lieu au début de la semaine, le lundi matin, pour faciliter l'élaboration des problèmes apparus pendant le week-end, et le dernier le jeudi, pour nous laisser le vendredi dans le but de répondre aux situations les plus délicates. Après de nombreuses tentatives pour régler les problèmes du nombre, de la durée et du moment des groupes dans la semaine, cette dernière formule nous semble la plus rentable dans l'économie de notre organisation d'ensemble.

Le nombre d'entretiens centrés sur chaque patient est extrêmement variable, depuis un rendez-vous par jour d'une durée illimitée pour les cas aigus qui posent beaucoup de problèmes à un entretien d'une demi-heure par semaine. Le nombre de réunions d'équipe a aussi varié pendant ces trois ans. La dernière formule est la suivante :

- a) 1 heure $\frac{1}{2}$ par semaine de réunion de synthèse centrée sur un soigné choisi auparavant par l'équipe. Une fois tous les 15 jours, cette réunion est dirigée par le chef de clinique, le médecin chef du secteur (Dr Nicolaïdis), le Directeur adjoint (Prof. A. Haynal) ou le Directeur du Centre psycho-social universitaire (Prof. G. Garrone). Nous y discutons du diagnostic, du plan thérapeutique pour lequel nous utilisons l'ensemble des informations données par l'équipe (anamnèse, situation familiale et socio-économique, présence au Centre de traitement de jour). Ces cas nous servent également de prétexte pour les discussions théoriques relationnées.
- b) 1 heure $\frac{1}{2}$ par semaine de séminaire de lecture où rotativement sont lus et discutés des articles théoriques en rapport avec notre travail. En 1974, le sujet des séminaires a été les "Traitements des schizophrènes en milieu hospitalier".
- c) 3 heures par semaine de réunion d'équipe directement centrées sur le travail quotidien.

En plusieurs contrôles en 1973 sur les sujets discutés, et le temps qui y a été concédé, nous avons conclu que 40 % de ce temps était dédié aux discussions centrées sur des cas cliniques; 30 % sur des groupes de discussion communautaires et d'analyse des problèmes relationnels communautaires; 10 % sur des problèmes de fonctionnement de l'équipe; 20 % sur d'autres sujets, administratifs, etc. (17)

BIBLIOGRAPHIE

- 1) AJURIAGUERRA J. (1967)
Population psychiatrique et problèmes d'assistance psychiatrique
Médecine & Hygiène, 25, 889-914, 3-4

- 2) AJURIAGUERRA J. (1.12.1971)
La psychiatrie dans la cité
Feuille d'Avis Officielle, 14-15

- 3) ASTRACHAN B.M., FLYNN H.R., GELLER J.D., HARVEY H.H. (1970)
Systems Approach to Day Hospitalization
Arch. Gen. Psychiat., 22, 550-559

- 4) AZOULAY J. (1969)
Les institutions extra-hospitalières dans le XIII^e arrondissement
de Paris. L'hôpital de jour pour adultes.
Rev. Prat. Psych. Vie Soc. Hyg. Ment. 1, 3-14

- 5) BERNARD P., BERTHERAT Y., MOURY R., MOHR W. (1968)
L'hôpital de jour en question. Réflexions préliminaires à
l'ouverture de l'hôpital de jour du service de santé mentale
du VI^e arrondissement.
Inform. Psychiat., 3, 223-228

- 6) BLEANDONU G. (1972, a)
Création d'un hôpital de jour à Genève
Inform. Psychiat., 9, 891-905

- 7) BLEANDONU G., DESPINOY M. (1974)
Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté
Payot, Paris,

- 8) CAMERON D.E. (1947)
The Day Hospital : An Experimental Form of Hospitalization
for Psychiatric Patients
Modern. Hosp. 69, 60-62

- 9) CAMERON D.E. (1967)
The Origin and Growth of the Day Hospital
Canad. Psychiat. Ass. J., 12, 287-291

- 10) CARSE J., PANTON N.E., WATT A. (1958)
A District Mental Health Service : The Worthing Experiment
Lancet, 4, 39-41

- 11) COSIN L.Z. (1957)
Geriatric Day Hospital for Psychiatric Patients
Med. World, 87, 215-219

- 12) DESPINQY M. (1963)
Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit
Rev. Prat. Vie Soc. Hyg. Ment., 4, 185-204

- 13) FANON F. (1959)
L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites.
I. Introduction générale.
Tunisie Med., 47, 689-712

- 14) FANON F., GERONIMI C. (1959)
L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites II.
Considérations doctrinales.
Tunisie Med., 47, 713-732

- 15) FARNDAL J. (1961)
The Day Hospital Movement in Great Britain.
Pergamon Press, Oxford

- 16) FIGUEIREDO E., ROUX N., GRABER C. (1974)
Un Centre de traitement de jour au centre psycho-social
universitaire de Genève. De l'attente à la réalité.
Informations psychiatriques, 50/4, 377-384

- 17) FIGUEIREDO E. (1974)
Dez anos do Centro Psicossocial
Universitario de Genebra : a maturidade.
Jornal do Medico 11, 441-447

- 18) FOX V., LOWE G.D. (1968)
Day-Hospital Treatment of the Alcoholic Patient.
Quart. J. Stud. Alcoh., 29, 634-641

- 19) FUNDING T., MOGENS B. (1968)
Day Hospital Treatment of Psychiatric Patients in a General
Hospital.
Acta Psychiat. Scand. suppl. 207, 173-177

- 20) GARRONE G. (19-20.6.1969)
L'urgence et la prise en charge intensive dans le cadre d'une organisation psychiatrique en secteur. Protocole de la 146ème assemblée, S.S.P., Malèvoz-Monthey

- 21) GARRONE G. (1971)
Asistencia psiquiatrica extrahospitalaria.
Folia Neuropsiquiatrica del Sur y Este de Espana, VI, 3 : 1-15

- 22) GARRONE G. (1971)
Une expérience à l'étranger des services extrahospitaliers dans une organisation départementale de la psychiatrie.
Mosaïque, 10, 31-40

- 23) GARRONE G. (1973)
Réadaptation et travail protégé.
Médecine & Hygiène, 1068, 1-4

- 24) GARRONE G.
Le dispositif psychiatrique Genevois.- Essai d'une organisation "complète".
Folia Psiquiatrica International - 1974, 1/1, 9-38

- 25) GARRONE G., TISSOT R., MEYER L. (1.12.1971)
Organisations psychiatriques hospitalières et extrahospitalières du canton de Genève
Feuille d'Avis Officielle, 11-13

- 26) GOLDSTEIN S., SEVRIUK J., GRAUER H. (1968)
The Establishment of a Psychogeriatric Day Hospital.
Canad. M. A. J., 98, 955-959

- 27) HAIM A. (1964)
Les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents.
Rev. prat. Psychol. Vie Soc., 1, 3-18

- 28) JAEggi F. (1969)
Milieu et traitement des psychoses. Travail de privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève

- 29) JAEggi F. (1970)
Psychiatrie sociale et situation abri.
Praxis, 59, 28 : 3-8

- 30) JAEggi F., BLEANDONU G. (1971)
Les centres socio-ergothérapiques à Genève
Information Psychiatrique, 4, 313-325
- 31) LEYBERG J.T. (1959)
A District Psychiatric Service : the Bolton Pattern
Lancet, 2, 282-284
- 32) LUCAS G., TALAN I. (1973)
Les hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant.
Editions ESF, Paris
- 33) MORRICE J.K.W. (1973)
A Day Hospital's Function in a Mental Health Service.
Brit. J. Psychiat., 122, 307-314
- 34) RICKELMAN B. (1968)
Some Problems of Day Hospitals in Community Care of the
Mentally Ill.
Comm. Ment. Health J., 4, 225-233
- 35) SAINT-LAURENT C. (1968)
Quelques expériences en hôpital de jour.
Inform. Psychiat., 3, 229-242
- 36) STEINMAN L.A. HUNT R.C. (1962)
Day Hospital Treatment of Acute Psychiatric Illness.
In : J.H. Masserman (ed.)
Current Psychiatric Therapies, vol. 2, Grune & Stratton,
New York, 196-199
- 37) VEIL C. (1965)
Les unités psychiatriques de jour pour adultes.
Rapport pour l'O.M.S.
Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1967
- 38) WHITEHEAD J.A. (1965)
A Comprehensive psycho-geriatric service.
Lancet, 2, 583-586
- 39) ZWERLING I., WILDER J.F. (1962)
Day Hospital Treatment for Psychotic Patients.
In : Masserman J. (ed.)
Current Psychiatric Therapies, vol. 2, Grune & Stratton,
New York, 200-210

- 40) ZWERLING I., WILDER J.F. (1964)
An Evaluation of the Applicability of the Day Hospital in
Treatment of Acutely Disturbed Patients.
Israel Ann. Psychiat., 2, 162-185.

V. LES THERAPIES COLLECTIVES ET LA SCHIZOPHRENIE

1. Therapie collective centrée sur un malade
2. Psychodrame
3. Cothérapie de groupe
4. Thérapie multiple de la famille

I. LES THERAPIES COLLECTIVES ET LA SCHIZOPHRENIE

En 1920 déjà (8), Adler rencontrait souvent l'enfant qu'il soignait et sa famille en présence d'une cothérapeute (assistante sociale ou éducatrice). Il utilisait cette technique quand une impasse survenait dans le traitement. Il s'est rendu compte que souvent ces situations se débloquaient.

C'est essentiellement pour des raisons didactiques que la thérapie collective a commencé à être utilisée. Certains psychothérapeutes cherchaient à former leurs collaborateurs, leur donnant l'opportunité de travailler ensemble, dans le vif des traitements psychothérapeutiques (24, 25, 43, 50). Ils se sont aperçus fréquemment de changements importants, dans la suite des traitements, provoqués par ces modifications dans le cadre thérapeutique. Reeve (1939) nous fait part de son expérience d'interviews psychiatriques effectuées par le couple psychiatre-assistante sociale. Le but était de former les assistants sociaux. A l'objectif didactique, d'autres possibilités imprévues sont venues s'ajouter : l'élargissement des possibilités identificatoires; l'utilisation d'une situation parentale; l'opportunité que les sentiments d'amour et de haine puissent se manifester sans que cela se passe avec la même personne et sans crainte de représailles par les thérapeutes.

A son tour, Hadden en 1947, partant aussi d'un objectif didactique, s'est rendu compte que l'échange avec un cothérapeute augmentait leur capacité de comprendre le vécu émotionnel et que le processus thérapeutique se dynamisait.

En 1946, Moreno publie son livre "Psychodrame" (37) qui apparaît aussi comme une nouvelle utilisation des thérapies collectives.

Il est étonnant que ce ne soit pas dans les unités hospitalières que les thérapies collectives aient pris naissance, étant donné que la situation hospitalière impose une collaboration entre infirmiers, psychologues et psychiatres.

A notre connaissance, Rosen (45) et Federn (12) sont les premiers à utiliser directement leurs collaborateurs dans les traitements de schizophrènes. L'importance d'une aide dans le traitement des psychotiques est soulignée par Federn en 1943. L'aide serait en mesure de fonctionner comme un pont envers les psychothérapeutes, étant donné que le transfert avec ceux-ci serait souvent incertain. Les psychotiques se montreraient plus en mesure d'investir une femme comme une mère, par le fait de leur difficulté à symboliser. Ses succès, Federn les attribue à l'introduction d'une collaboratrice qui serait de préférence quelqu'un extérieur à la famille, pour éviter la régression vers des mouvements incestueux. L'aide, pour Federn, aurait une grande importance dans l'intégration du travail du psychiatre avec l'institution. Pour faciliter cette intégration, il avait l'habitude de récapituler après chaque séance, en présence de l'aide, ce qui c'était passé de plus important.

C'est surtout dans les années 1950 que les thérapies collectives se sont développées. Elles ont été définies par Dreikurs en 1950 (8) et Warkentin J., Johnson N.L. et Whitaker C.A. en 1951 (53) comme une psychothérapie d'un patient par deux ou plus de deux thérapeutes. Dans une révision faite en 1971, Treppa J.A. (51) définit la thérapie collective comme une technique qui utilise deux thérapeutes dans un traitement spontané d'un couple, d'une famille ou d'un groupe. En 1974 (52), il considère que les deux thérapeutes doivent être un homme et une femme. Dans cette définition de Treppa, il y a en comparaison avec celle de Dreikurs, un élargissement par rapport au nombre de malades soignés et à la possibilité d'application à un groupe naturel comme la famille ou le couple. Mais, tout en réduisant les thérapeutes à deux seulement, un homme et une femme travaillant spontanément, il envisage une tentative de codification d'un type de thérapie collective parmi d'autres qui, à notre avis, ne doit pas empêcher l'utilisation de cette dénomination à toute thérapie où plus d'un thérapeute s'occupe simultanément d'une ou de plusieurs personnes. Il y aurait donc différents types de thérapies collectives. Nous y trouverions la cothérapie du groupe, les psychodrames à plus d'un thérapeute (comme c'est habituellement le cas), les thérapies familiales par deux ou plusieurs thérapeutes, etc.

Dans ces différentes situations thérapeutiques, nous trouvons des problèmes analogues avec les schizophrènes. Nous allons essayer de les repérer en décrivant les techniques les plus utilisées dans le traitement des schizophrènes :

1. Thérapie collective centrée sur un malade.
2. Psychodrame.
3. Cothérapie de groupe.
4. Thérapie collective de la famille.

1. THÉRAPIE COLLECTIVE CENTRÉE SUR UN MALADE

En 1949, Whitaker (55) nous donne les premiers renseignements systématiques sur la thérapie multiple qu'il pratiquait depuis trois ans environ. Partant aussi de l'idée de favoriser l'enseignement de la psychothérapie, il s'est rendu compte que ce type de traitement stimulait l'impact émotionnel de l'entretien et facilitait le processus psychothérapeutique en augmentant la capacité des thérapeutes à comprendre leur propre vécu émotionnel. Une année plus tard, il publie un article avec ses collaborateurs (56) où il est question de l'utilisation de la thérapie collective pour dépasser les "impasses psychothérapeutiques"; dans certaines situations, la psychothérapie n'avance plus, ce qui est souvent en relation avec, par exemple, les craintes du malade de devenir dépendant ou d'être rejeté par le thérapeute. A ce moment-là, le thérapeute peut trouver maintes justifications pour se débarrasser du patient. L'invitation d'un consultant aux entretiens peut être d'une grande valeur pour débloquer l'impasse, surtout quand la situation est très difficile à résoudre. Une série d'articles des premières années de 1950 nous donnent un bilan important de l'utilisation des techniques de thérapies collectives : Dreikurs R., Mosak H., et Shulman B., en 1950 (8) et en 1952 (9, 10) de même que Warkentin J., Johnson N.L., et Whitaker C.A., en 1951 (53).

Nous allons signaler les aspects soulevés qui nous semblent les plus importants : la thérapie collective donnerait au patient une plus large possibilité de manifester sa personnalité et réduirait sa crainte de la

toute puissance du thérapeute. La possibilité de manifester des sentiments négatifs ou positifs s'élargirait. Les patients intégreraient plus facilement les interprétations. Mais parallèlement, cette technique permettrait un échange d'expériences des thérapeutes et un contrôle mutuel de leur travail. Cette dernière caractéristique serait une condition nécessaire à la bonne marche des traitements. L'élaboration du contre-transfert serait favorisée et les thérapeutes se laisseraient plus difficilement figer dans des contre-attitudes. Par conséquent, l'apparition d'impasses thérapeutiques seraient moins grandes qu'en relation duelle et leur dépassement facilité. Le contrôle de la régression serait aussi plus facile, l'évolution du traitement plus dynamique, la durée raccourcie et la fin facilitée. La frustration des thérapeutes serait moins importante que dans d'autres psychothérapies.

Déjà, Warkentin et coll. (53) avaient signalé que les thérapies multiples étaient d'une grande valeur, surtout dans le traitement des malades psychotiques. Hayward, Peters et Taylor (26) ont confirmé cette opinion. Les impasses thérapeutiques si fréquentes avec ce type de patients pourraient être plus facilement dépassées. La tension produite chez les thérapeutes par ceux de ces malades qui sont menaçants, se trouvait atténuée. L'ambivalence s'exprime plus facilement envers plusieurs cibles. Le traitement des psychotiques se trouve de ce fait accéléré et plus dynamique. Cette technique favoriserait aussi la formation des jeunes thérapeutes menacés, dès le début de la pratique, par l'intensité émotionnelle produite par des patients psychotiques.

Quelques années plus tard, en 1963, Beck (5) a utilisé des étudiants volontaires comme cothérapeutes dans le traitement des patients psychotiques chroniques hospitalisés, et apparemment, il a trouvé un certain succès. En 1964, Greenbank (22) a signalé l'intérêt d'une attitude sélective dans l'indication des psychothérapies conduites par deux thérapeutes. L'indication majeure serait des malades souffrant d'une importante faiblesse du moi, en premier lieu des malades ouvertement psychotiques. La thérapie collective éviterait la panique homo et hétérosexuelle. L'hostilité et les manifestations de rage envers les thérapeutes seraient mieux supportées, surtout pour les malades paranoïdes qui peuvent trouver sur place quelqu'un vécu comme un allié et vivre l'expérience d'être acceptés par un groupe. L'ambivalence, à son tour, serait plus facilement mise en évidence. Il y aurait aussi des avantages par rapport aux vacances et maladies d'un des thérapeutes.

L'utilisation de la thérapie collective dans le traitement de malades hospitalisés a aussi été signalée par Dyrud et Rioch en 1953 (11). La majorité des patients décrits dans l'article publié par ces auteurs sont des schizophrènes et la thérapie collective a été introduite au moment où la thérapie individuelle se trouvait bloquée. Ils ont noté une amélioration des relations de travail entre les membres de l'équipe qui, au début, ont beaucoup craint cette expérience, par peur d'être jugés.

2. PSYCHODRAME

C'est une psychothérapie par plusieurs thérapeutes dans le traitement de un ou plusieurs malades utilisent le jeu dramatique. Dans les thérapies collectives centrées sur un malade, le jeu de rôle est souvent

utilisé. Il y aurait donc une sorte de transition entre ces deux thérapies. Le processus thérapeutique se centre sur le réseau de relations. En général, la relation entre le groupe de thérapeutes est structurée comme une relation entre un directeur de scène, le psychodramatiste, et les aides thérapeutes, égos auxiliaires, ou les psychothérapeutes auxiliaires, etc, l'appellation variant avec les différents auteurs (32, 58).

La notion d'un élargissement de la possibilité d'un traitement psychothérapeutique par cette technique a été soulevée par Lebovici, Diatkine et Kestemberg : les adultes à "moi faible", les structures "psychotiques", seraient des indications très précises pour le psychodrame individuel (32). Certains auteurs comme Basquant et coll. (4) suggèrent que l'utilisation du psychodrame doit être choisie pour les patients qui devraient bénéficier soit de la présence d'un couple, soit de la technique du jeu : "le recours au couple serait un bon moyen d'approche lorsqu'un patient, dès les premiers entretiens, manifeste un transfert violent, négatif ou positif, si violent que faute de pouvoir le supporter, il est amené à interrompre son traitement avant même que celui-ci n'ait commencé." Pour ces auteurs, le couple de thérapeutes soulève moins les phantasmes de dévotion que la relation duelle. Se référant au psychodrame analytique comme une psychothérapie collective, Racamier (41) signale que certains problèmes relationnels ne peuvent se résoudre d'une façon satisfaisante que s'ils sont pris dans le contexte collectif. Les psychotiques et les cas limites, seraient les indications de choix pour la technique du psychodrame. Un avantage capital dans le traitement de ce type de malade par cette forme de psychothérapie, serait que le psychodrame "usant de plusieurs instruments simultanés, permet de faire entendre toutes les voix du registre d'une vie psychique morcellée - ils entrent dans des transferts massifs, débordants et angoissants; le groupe thérapeutique se prête à un transfert plus dilué, dont le leader peut néanmoins tenir en main les différents fils - enfin, ils sont propres à susciter des réactions contre-transférentielles excessives; le contre-transfert réparti et partagé par les membres de l'équipe, en est rendu bien moins lourd et plus maniable."

Comme autres mérites de cette technique, Racamier n'oublie pas de signaler sa valeur de formation et son importance comme préparation pour un traitement en relation duelle, psychothérapie analytique ou analyse.

Dans un article consacré au psychodrame et traitement des psychotiques, Lebovici et coll. (31) nous montrent les possibilités thérapeutiques que cette technique collective apporte au traitement des psychotiques. Parmi ces avantages, ils nous signalent la possibilité de dépasser une des difficultés majeure dans le traitement des psychotiques qui est la résistance par le transfert : "... la scission des relations transférentielles entre le "directeur" du traitement (qui ne joue pas mais reçoit le malade, lui parle sur le plan de la réalité, organise le jeu et donne des interprétations) et les personnages auxiliaires qui assument les rôles proposés par le malade, est un élément essentiellement favorable puisque matérialisant sans cesse l'opposition entre phantasmes et réalité, alors que la disparition de cette opposition est un caractère essentiel de la défense psychotique."

Le jeu de rôle est une autre technique du psychodrame que ces auteurs considèrent d'une importance capitale pour faire prendre conscience au malade du double mécanisme d'introjection, de projection et de l'identification projective, dans la mesure où l'autre est la projection de l'objet partiel primitive-

ment introjecté. On retrouve la même situation avec les objectivations des hallucinations où, respectant les défenses, il devient possible de trouver un mode relationnel avec le psychotique. Finalement, ces mêmes auteurs soulignent l'importance de travailler en groupe de thérapeutes pour mieux supporter le contre-transfert soulevé par l'anxiété psychotique, la longueur du traitement et les déceptions provoquées par ce type de patients. Dans un autre article (30) Lebovici a étudié les implications que la présence d'un groupe de psychothérapeutes a dans la situation contre-transférentielle. Il signale que le groupe est mieux à même de supporter les exigences des psychotiques, offre la possibilité de discussions en commun sur le cas et peut aussi devenir un instrument d'enseignement pour la psychothérapie des psychoses.

3. COTHERAPIE DE GROUPE

L'importance de la psychothérapie de groupe dans le traitement du psychotique a été signalée par plusieurs auteurs (14, 16, 19, 23), depuis les patients ambulatoires (13) aux patients en postcure (2) jusqu'à l'utilisation du groupe dans le traitement des épisodes psychotiques aigus en milieu hospitalier (28,54). Nous ne pouvons pas parler de thérapies collectives en ce qui concerne les psychothérapies de groupe, s'il n'y a pas au moins deux thérapeutes (cothérapeutes). Mais le fait est que la situation de groupe produit déjà une situation qui ressemble aux thérapies collectives. Dans le groupe, même s'il est centré sur un seul thérapeute, la présence de plusieurs malades facilite l'expression de l'anxiété de même que le transfert par reproduction d'une situation plus proche de la situation familiale (40).

Greenbaum (23) signale que le groupe offre au patient un temps d'observation et permet le clivage du transfert en membres bons et mauvais. A son tour, le travail thérapeutique rend possible le dépassement de ce type de mécanismes de défenses, permettant l'accès à un transfert parental.

Alikakos (31) ajoute que le transfert sur les thérapeutes est à son tour moins intense qu'en thérapie individuelle, parce qu'il est partagé par les autres membres du groupe. Il en résulte que l'anxiété due aux sentiments d'hostilité ou libidinaux centrés sur une personne est ainsi réduite, de même que la crainte de l'abandon : les malades seraient soutenus par les autres membres du groupe. Tous ces éléments permettent à Alikakos d'affirmer un avantage certain du groupe dans le traitement des patients psychotiques en ce qui concerne le transfert, la sensibilité et l'anxiété paranoïde. Le test de réalité et la socialisation seraient aussi facilités.

Par rapport aux objectifs de notre travail, nous considérons utile de signaler quelques références concernant l'utilisation de la psychothérapie intensive de groupe dans le traitement des décompensations psychotiques aiguës, soignées en milieu hospitalier.

L'importance du groupe dans le traitement des épisodes psychotiques aigus, utilisé depuis l'accueil, même dans les hospitalisations brèves et dans des services à rotation rapide est remarqué par Weich M.J. (54). Nous pouvons résumer ainsi les raisons qui, d'après cet auteur, favorisent la bonne évolution des patients psychotiques aigus traités intensivement en groupe : il faciliterait la diminution des sentiments d'étrangeté, la compréhension des motifs de l'hospitalisation et une consolidation des frontières du moi. Ces éléments augmenteraient la confiance du psychotique dans l'équipe soignante. Par ailleurs, les

groupes facilitant la verbalisation, surtout des sentiments agressifs, réduit le risque d'acting out et encourage la création de liens relationnels dans l'unité de soins.

Se référant à une situation semblable à la précédente, traitement intensif par le groupe des épisodes psychotiques aigus dans un pavillon fermé, Horowitz (28) préconise une attitude active du thérapeute dans l'utilisation du groupe pour réduire le plus gros de la symptomatologie aiguë. La traduction du délire en mots compréhensifs pour les autres malades donne aux psychotiques un statut dans le groupe qui renforce la cohésion groupale. La collaboration des autres patients est recherchée jusqu'au moment où l'interprétation est possible, mettant en relation les patients et les situations groupales. Par la suite, les interprétations groupales seraient aussi possibles. D'autres techniques sont également utilisées pour augmenter la confiance du patient dans le thérapeute du groupe et dans l'équipe.

Nous avons signalé l'importance du traitement en groupe des schizophrènes. La cothérapie en groupe semble élargir ces possibilités de traitement.

Elle a été utilisée en maintes situations : traitement d'adolescents (6), des patients névrotiques (29), pour les psychonévrotiques chroniques hospitalisés (7), mais aussi avec les patients schizophrènes (33). Plusieurs raisons ont été évoquées pour utiliser la cothérapie (18, 34), raisons encore plus pertinentes dans le traitement des schizophrènes (33). Ainsi, la cothérapie provoque : l'élargissement de la base dynamique du groupe (48); la diversification des variétés de transfert (50); l'extension de la possibilité de transfert à un plus grand nombre de malades et une plus grande capacité à l'évaluer (33); la diminution des actings parce que les possibilités de transfert diminuent les sentiments d'ambivalence comme ce serait le cas pour un seul thérapeute (1); la possibilité de pouvoir, par clivage, ramener à l'intérieur du groupe les mauvais objets qui, dans la relation duelle, seraient plutôt mis en dehors du cadre thérapeutique (44); la plus grande facilité de travailler les problèmes sexuels et les identifications, surtout si les cothérapeutes sont de sexes différents (36, 47).

En ce qui concerne plus particulièrement les thérapeutes, la cothérapie élargit les possibilités de formation de futurs thérapeutes (17). Elle les protège aussi, à son tour, contre l'angoisse d'affronter seul un groupe, évitant à chaque thérapeute d'être l'unique objet des pulsions agressives et libidinales des patients en groupe (20, 34). Nous voyons donc que toutes ces raisons sont en faveur d'une plus large application de la cothérapie dans le traitement des schizophrènes. D'ailleurs déjà en 1952, Lundy W.H., Aranov et Orange (33) avaient signalé que la cothérapie active les possibilités de transfert chez les psychotiques. La cothérapie reproduit le milieu familial, que les thérapeutes soient ou non du même sexe, les membres du groupe jouant plutôt le rôle de la fratrie. Cette situation est d'une très grande importance pour travailler dans le groupe les difficultés familiales si importantes chez les schizophrènes surtout quand elles sont encore actuelles, diminuant ainsi la tendance à l'agir à l'intérieur du cadre familial.

La collaboration entre les thérapeutes soulevant beaucoup de difficultés (17, 27, 34, 48), une collaboration efficace exige qu'une attention spéciale soit donnée à la relation entre les deux thérapeutes, attention qui doit être plus vigilante encore dans le traitement de patients psychotiques. Les thérapeutes doivent pouvoir parler en dehors des séances, de leurs relations, des affects

contre-transférentiels réciproques. L'acceptation de l'ambivalence des thérapeutes l'un par rapport à l'autre, est une condition, comme l'ont signalé Genevard G. et Jordi P. (20), pour que les malades puissent y accéder à la suite du traitement.

4. THERAPIE MULTIPLE DE LA FAMILLE

La famille, dès son apparition en tant que telle dans le champ d'intérêt de la psychiatrie et de la psychothérapie, est devenue le terrain de choix pour les thérapies collectives, surtout sous la forme de cothérapie. En effet, bien davantage qu'un individu schizophrène ou qu'un groupe, une famille entière avec l'intrication de problèmes et de relations qu'elle suppose, suscite l'anxiété et est difficile à traiter par un seul thérapeute. L'échange émotionnel avec une famille perturbée est intense et éprouvant, et il est presque impossible de garder ses distances de ne pas se laisser prendre par le drame qui se joue dans l'interaction familiale. Par ailleurs, lorsque le traitement s'étale sur une longue période, il peut créer chez le soignant des sentiments difficiles à supporter et à élaborer sans aide extérieure. Voilà pour quoi nombre d'auteurs qui se sont intéressés au traitement des familles ont particulièrement étudié la question de la thérapie collective. Le traitement par deux thérapeutes de sexe différent faciliterait l'échange entre les membres d'un couple ou de la famille, à condition qu'une bonne entente puisse exister entre les deux thérapeutes (3, 42). Framo J., en 1965, (15) écrit que "les attitudes subjectives et souvent inconscientes de l'équipe thérapeutique ont probablement plus d'impact sur l'issue du traitement que la nature des problèmes familiaux." Dans une analyse très détaillée des techniques appliquées en cours de thérapies intensives de famille, cet auteur consacre un sous-chapitre à la cothérapie. S'il reconnaît qu'elle a d'abord été instituée pour des raisons de sécurité de chaque membre de l'équipe, il souligne d'autres avantages qui sont apparus de plus en plus clairement avec l'expérience : par exemple donner à la famille un couple de parents; permettre un complémentarité et une plus grande souplesse dans les rôles (un thérapeute peut s'engager davantage, tandis que l'autre reste plus distancé; l'un peut intervenir sur les processus primaires et l'autre sur les secondaires); supporter mieux certaines situations frustrantes.

Framo J. essaie de préciser les facteurs qui interviennent dans le choix mutuel de deux thérapeutes. Il pense qu'au départ, il existe des motifs inconscients en relation avec les expériences familiales personnelles. Les couples qui seraient à l'aise pour travailler ensemble auraient probablement introjecté les mêmes expériences. La confiance qui s'établit entre eux, la solidité de leur relation, sont essentielles pour faire face aux difficultés de la thérapie familiale et assurer au traitement un déroulement satisfaisant. Cette relation elle-même serait un élément d'espoir pour les soignés, leur montrant que quelque chose de meilleur peut sortir de leur misère.

Rubinstein D. et Weiner G., en 1964 (46) ont tenté d'analyser les relations qui se développent entre deux cothérapeutes, partant de la conviction "qu'une équipe adulte est beaucoup plus forte et peut bien davantage changer une famille qu'un seul thérapeute." D'après eux, les principaux avantages sont :

la clarification des relations de transfert envers la famille; le partage des responsabilités; la recreation d'un modèle de relation plus sain; l'apprentissage mutuel par l'échange des pensées et des sentiments.

Mais la dynamique d'une relation de cothérapie présente également des difficultés dont nous devons tenir compte : le clivage de l'équipe; la rivalité; les phénomènes de transfert à l'intérieur de l'équipe; la transformation du collaborateur en bouc émissaire.

Whitaker C., en 1965 (57) s'est centré sur l'étude du contre-transfert dans la thérapie intensive des familles de schizophrènes. Pour éviter les multiples écueils inhérents à ce type de traitement, un moyen efficace serait justement la cothérapie. Elle permet de discuter le contre-transfert des thérapeutes et de dépasser certains mécanismes de défense qui freinent leur action. Elle les rend plus lucides sur leur tendance à idéaliser le schizophrène et à rejeter tous les torts sur sa famille. Elle les empêche de sombrer dans un système de doubles-messages ou dans une identification trop massive au patient, ou à sa famille. En même temps, elle permet de mieux régler la distance. La cothérapie est présentée comme une relation étroite et le processus thérapeutique comme l'interaction entre deux groupes : si le lien entre les soignants est fort et plus intime que celui qui les relie à la famille, cette dernière le sentira et sera stimulée dans son effort pour sortir de son système pathologique et participer au traitement.

Si Mullen H. et Sengiuliano I. (38) se sont donné la peine de résumer en 28 points les avantages de la cothérapie tels qu'ils sont indiqués par différents psychiatres contemporains, il est clair qu'ils ne souscrivent pas à tous. Par exemple, ils s'élèvent contre le rôle sécurisant ou stabilisateur attribué au second thérapeute. "Nous incluons le second thérapeute pour accroître notre totale insécurité... pour nous confronter avec nos propres limites; pour nous révéler notre tendance toujours présente, mais souvent inconsciente, à utiliser le malade; et finalement pour ajouter profondeur et possibilités multiples à la transaction..." Néanmoins, dans la thérapie de famille, les notions de continuité, sécurité, solidité, jouent aussi un rôle important. "Les deux thérapeutes... offrent à l'enfant-patient un contact stable surtout si la famille est dans une période de bouleversement ou si l'un des parents décide de terminer le traitement. La famille comme unité, offre des résistances considérables dans sa recherche de solution. Chacun a un bouc émissaire tout trouvé, l'enfant... La présence de deux thérapeutes étroitement unis peut éviter que la famille ne continue dans sa perpétuelle autodestruction." (39)

"Unité, point crucial de la cothérapie", telle est aussi la conviction de Sonne J. et Lincoln G. (49) qui, à travers le traitement d'une famille précise, nous exposent les joies et les vicissitudes de leur "mariage symbolique".

Cette unité est une condition de départ, elle est aussi à reconquérir et à clarifier après chaque entrevue avec la famille. Grâce à elle, les thérapeutes peuvent donner à leurs interlocuteurs, dans diverses situations, une représentation simple, non équivoque de la réalité. Elle leur permet aussi d'aborder certains sujets délicats ou de formuler des interprétations difficiles avec plus de liberté. Cette confiance est surtout altérée dans les traitements de familles avec des malades graves, surtout des schizophrènes avec leurs mécanismes de défenses typiques (clivages, idéalisations primitives, dénis). (3, 44)

Le fait qu'une famille soit supportée à la fois par deux personnes est apparu comme thérapeutique en lui-même : les choses se passent comme si tous les problèmes, toutes les tensions étaient pris en une sorte de gestation dans la relation des thérapeutes. De sorte que chacun de leurs messages, en plus de son contenu explicite, montrerait avec évidence qu'il a passé par le filtre de cette relation. Et au-delà, puisque les cothérapeutes sont homme et femme, les interprétations seraient enrichies par des nuances en rapport avec leur hétérosexualité et susceptibles d'apporter tout un potentiel créatif. En effet, le noyau autour duquel s'organise l'essentiel du travail avec une famille est constitué par les définitions de l'homme, de la femme, de leurs différents rôles et de leurs relations. Cet important problème doit être élaboré en premier lieu par les thérapeutes eux-mêmes, ce qui leur permet de dépasser certains de leurs traits névrotiques et d'accéder à une plus large expérience intellectuelle et affective. Dans la famille, le premier pas consiste à sortir du magma indifférencié et à redonner au père son statut, sans toutefois menacer la mère. A ce moment-là, le thérapeute mâle joue un rôle prévalent et sa compagne un rôle de soutien, jusqu'au moment où la cothérapeute sera en mesure d'induire la mère à reprendre entièrement le rôle dans la famille.

Dans le même but de redécouverte des rôles, Green L. (21) a utilisé ce qu'il appelle une approche combinée avec un couple de patients : le médecin voyait la femme et une assistante sociale expérimentée voyait le mari, et cela en séances individuelles deux fois par semaine. De plus, également deux fois par semaine, tous quatre se retrouvaient en séances communes. Ainsi, chaque membre du couple a eu l'occasion d'expérimenter un autre style de relation avec l'autre sexe et d'en parler au conjoint dans un cadre protégé. Cette méthode, d'après l'auteur, cumulerait les avantages des thérapies individuelles et collectives.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ADLER J., BERMAN E.R., 1960
Multiple Leadership in Group Treatment of Delinquents Adolescents
Inf. J. Group. Psychother., 10 - 213
- 2) ALIKAKOS L.C., 1965
Analytical Group Treatment of the Post-Hospital Schizophrenic
Inf. J. Group. Psychother., 15; 492 - 504
- 3) BAILIS S., ADLER G., 1974
Co-therapy in a Collaborative Setting
Amer., J. Psychother., 4: 599 - 605
- 4) BASQUIN M., DUBUISSON P., SAMUEL-LAJEUNESS B., TESTEMALE MOND D.G., 1972
Le psychodrame : Une approche psychanalytique
Dunod - Paris
- 5) BECK C.J., 1963
Follow-up of Chronic Psychotic Patients "Treated" by College
Case-Aid Volunteers
Amer. J. Psychiat., 120 : 269
- 6) BOENHEIM C., 1957
Group Psychotherapy with Adolescents
Inf. J. Group. Psychother., 12 : 82 - 88
- 7) CAMERON J.L., STEWARD K.A.Y., 1955
Observations on Group Psychotherapy with Chronic Psychoneurotic
Patients in a Mental Hospital
Inf. J. Group Psychother., 5 : 346 - 360
- 8) DREIKURS R., 1950
Technics and Dynamics of Multiple Psychotherapy
Psychiat., Quart., 24 : 788 - 799
- 9) DREIKURS R., SHULMAN B., MOSAK H., 1952
Patient - Therapist Relationship in Multiple Psychotherapy I
Its Advantages to the Therapist
Psychiat. Quart., 26 : 219 - 227

- 10) DREIKURS R., SHULMAN B., MOSAK H., 1952
Patient - Therapist Relationship in Multiple Psychotherapy II
Its Advantages for the Patient
Psychiat. Quart., 26 : 590 - 596

- 11) DYRUD J.E., RIOCH J.M., 1953
Multiple Therapy in the Treatment Program of a Mental Hospital
Psychiatry, 6 : 21 - 26

- 12) FEDERN P., 1943
Psychoanalysis of Psychosis
Psychiat. Quart., 17, 3 - 19, 246 - 257, 470 - 487

- 13) FORER B.R., 1961
Group Psychotherapy with out Patient Schizophrenics
Inf. J. Group. Psychother. V XI, 2 : 188 - 195

- 14) FOULKES S.H., 1949
To Group-Analytic Psychotherapy
Grune & Statton, New-York

- 15) FRAMO J., 1965
Intensive Family Therapy Theoretical and Practical Aspects
in Intensive Family Therapy
Boszormenyi - Nagy I, Framo J.L., Ed. Harper & Row N.Y.

- 16) FREY C.N., DEE PIZZITOLA, 1973
Group Therapy with Schizophrenics
Social Work, 18, 4 : 94 - 95

- 17) GANS R.W., 1957
The use of Group Co-therapist in the Teaching of Psychotherapy
Amer. J. Psychother., 11 : 618 - 625

- 18) GANS R.W., 1962
Group Co-therapists and the Therapeutic Situation : a critical
Evaluation
Amer. J. Psychother., 12 : 82 - 88

- 19) GELLER J., 1963
Group Psychotherapy in the Treatment of the Schizophrenic
Syndromes
Psychiat. Quart., 37 : 710 - 721

- 20) GENNEVARD G., JORDI P., 1968
Essai d'évaluation des concepts de statut et de fonction
des cothérapeutes en groupe
Pratique de la psychothérapie de groupe II - Les techniques
P.B. Schneider (éd.) P.U.F. - Ge Giunti et G.B.U.
- 21) GREEN R., 1964
Collaborative and Conjoint Therapy Combined
Family Process, 3 : 1; 90 - 98
- 22) GREENBANK R.K., 1964
Psychotherapy using two Therapists
Amer. J. Psychother., 23 : 488 - 499
- 23) GREENBAUM H., 1957
Combined Psychoanalytic Therapy with Negative Therapeutic Reactions
in Schizophrenia in Psychoanalytic Office Practice
Grune & Statton, New-York
- 24) HADDEN S.B., 1947
The Utilization of a Therapy Group in Teaching Psychotherapy
Amer. J. Psychiat., 103 : 644 - 648
- 25) HAIGH G. and KELL B.L., 1950
Multiple Therapy as a Method for Training and Research in
Psychotherapy
J. Abnorm. Soc. Psychol., 45 : 659
- 26) HAYWARD M.L., PETERS J.J., TAYLOR E.J., 1952
Some Values of the use of Multiple Therapists in the Treatment
of the Psychoses
Psychiat. Quart., 26 : 244 - 249
- 27) HEILFORN M., 1969
Co-therapy : The Relationship between Therapists
Inf. J. Group. Psychother., 19; 3 : 366 - 381
- 28) HOROWITZ M.J., 1966
Technics for the group Psychotherapy of Acute Psychosis
Inf. J. Group. Psychother. 1 : 42 - 50
- 29) HULSE W.C., LULOW W.Y., RINDEBERT B.R., and EPSTEIN N.B., 1956
Transference Reactions in a Group of Female Patients to Male
and Female co-Leaders
Inf. J. Group. Psychother., 6 : 430 - 435

- 30) LEBOVICI S., 1960
Le contre-transfert dans le traitement des psychoses par le psychodrame psychanalytique
2^e Symp. int. Psychother. Schizophrénie, Zürich 1959, 2, 47 - 66
(Karger, Basel / New-York)

- 31) LEBOVICI S., DIATKINE R., DANON-BOILEAU H., 1958
Psychodrame et traitement des psychotiques
23, 2 : 499 - 521

- 32) LEBOVICI S., DIATKINE R., KESTEMBERG E., 1958
Bilan de dix ans de pratique, psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent
Psychiatrie de l'enfant, vol. I, fas. I

- 33) LUNDIN W.H. and ARONOV M., 1952
The Use of Co-Therapist in Group Psychotherapy
J. Consult. Psychol., 16 : 76

- 34) MAC LENNAN B.W., 1965
Co-therapy
Inf. J. Group. Psychother., 15 : 154 - 166

- 35) MINTZ E.A., 1963
Transference in Co-therapy Group.
J. Consult. Psychol., 27 : 34

- 36) MINTZ E.A., 1965
Male-Female Co-therapists : Some Values and Some Problems
Amer. J. Psychother., 19 : 293

- 37) MORENO J.L., 1946
Psychodrama Beacon House, New-York

- 38) MULLAN H., SANGIULIANO I., 1960
Multiple Psychotherapeutic Practice : Preliminary Report
Amer. J. Psychother., 14 : 550 - 565

- 39) MULLAN H., SANGIULIANO I., 1964
The Patient's response to Multiple-Therapy : Oedipal Confrontation. Therapist's Contribution to the Treatment Process.
Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A.

- 40) ORANGE A.J., 1955
A Note on Brief Group Psychotherapy with Psychotic Patients
Inf. J. Group. Psychother., 5 : 80 - 83
- 41) RACAMIER P.C., 1965
Indications du psychodrame analytique et des actions
sociothérapiques dans les psychoses
Pratique de la psychothérapie de groupe, P.B. Schneider
Ed. Universitaria, G. Barbera, Florence, P.U.F., Paris
- 42) REDING G., CHARLES L., HOFFMAN M., 1967
Treatment of the Couple by a Couple
Brit. J. Med. Psychol., 40 : 243
- 43) REEVE G.H., 1939
Trends in Therapy : V A Method of Coordinated Treatment
Am. J. Orthopsychiat., 9 : 743 - 747
- 44) RICE D.G., FEY W.F., KEPECS J.G., 1972
Therapist Experience and "Style" as Factors in Co-therapy
Family Process, 11 : 1; 1 - 12
- 45) ROSEN J.N., 1942
The Treatment of Schizophrenia Psychosis by Direct Analysis
Psychiat. Quart., 21 : 3
- 46) RUBINSTEIN D., WEINER D.R., 1967
Co-therapy Teamwork Relationships in Family Psychotherapy in
Family Therapy and Disturbed Families
Zug G.H. & Boszormenyi - Nagy I. Ed., Science and Behavior Books Inc.
- 47) SCHONBAR R.A., 1973
Group Co-therapist and Sex-Role Identification
Amer. J. Psychother., 4 : 539 - 546
- 48) SOLOMON A., LEOFFLER F.J., FRANK J.D., 1953
An Analysis of Co-therapist Interaction in Group Psychotherapy
Inf. J. Group. Psychother., 3 : 171 - 180
- 49) SONNE J.C., LINCOLN G., 1965
Heterosexual Co-therapy team Experiences During Family Therapy
Family Process, 4 : 177 - 197

- 50) SZMEK S.A., 1949
Remarks on Training for Psychotherapy
Amer. J. Orthopsychiat. 19 : 36

- 51) TREPPA J.A., 1971
Multiple Therapy : Its Growth and Importance
Amer. J. of Psychother., 25 : 447 - 457

- 52) TREPPA J.A., NUNNELLY K.G., 1974
Interpersonal Dynamics Related to the Utilization of
Multiple Therapy
Amer. J. of Psychother., 1 : 71 - 84

- 53) WARKENTIN J., JOHNSON N.L., WHITAKER C.A., 1951
A comparison of Individual and Multiple Psychotherapy
Psychiatry 14 : 415 - 418

- 54) WEICH M.J., 1966
Short-Term Group Psychotherapy with acutely Psychotic Patients
Psychiat. Quart., 40 : 80 - 87

- 55) WHITAKER C.A., WARKENTIN J., JOHNSON N.L., 1949
A Philosophical Basis for Brief Psychotherapy
Psychiat. Quart., 23 : 429 - 443

- 56) WHITAKER C.A., WARKENTIN J., JOHNSON N.L., 1950
The Psychotherapeutic Impasse
Amer. J. of Orthopsychiatry, 30 : 641 - 647

- 57) WHITAKER C.A., FELDER R.E., WARKENTIN J., 1965
Counter Transference in the Family Treatment of Schizophrenia
in Intensive Family Therapy
Boszormenyi - Nagy I., Framo J.L., Harper & Row N.Y.

- 58) YABLONSKY L., ENNEPS J.M., 1969-1970
Théorie et pratique de psychodrame
Reproduit : Bulletin de psychologie de l'Université de
Paris - 285 XXIII : 13 - 16

VI TRITHERAPIE DES EPISODES SCHIZOPHRENIQUES AIGUS
AU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

1. Les traitements et les visites à domicile
2. L'accueil
3. Un traitement intégré
4. La famille

VI LA TRITHÉRAPIE DES ÉPISODES SCHIZOPHRÉNIQUES AIGUS AU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR DE CAROUGE

Le traitement des épisodes schizophréniques aigus en unité de jour soulève beaucoup de problèmes. L'angoisse extrême que le schizophrène vit et qu'il communique à l'entourage, les modifications dans sa relation avec le monde environnant, la crainte de ceux qui partagent sa vie par rapport à d'éventuels passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs marquent profondément tous ceux qui l'approchent surtout lors de décompensation aiguë ou subaiguë.

Dans le traitement en unité de jour, un certain nombre de problèmes se posent aux thérapeutes qui souhaitent gagner rapidement la confiance du malade pour commencer un éventuel traitement et éviter une hospitalisation en clinique. Depuis le moment où un confrère nous propose une entrée, jusqu'au moment où elle peut se faire dans de bonnes conditions, l'équipe d'une unité de jour doit être en mesure d'effectuer un certain nombre de démarches pour rendre possible ce traitement.

Dans un important nombre de cas, les troubles schizophréniques empêchent le patient de se rendre de son propre gré au Centre de traitement de jour de Carouge. Un premier contact à domicile est alors souvent important dans le but de préparer le patient à accéder au traitement de jour. Dans certains cas, il ne s'avère pas nécessaire. Parfois, nous sommes obligés de procéder à une hospitalisation en clinique. Mais en général, le traitement à domicile est suivi d'un traitement au Centre de jour.

1. LES TRAITEMENTS ET LES VISITES A DOMICILE

Les dispositions à prendre pour permettre à un patient de s'engager dans une unité de jour doivent obéir à un certain nombre de normes, de façon à donner une cohérence à tout le traitement. Dans une civilisation qui prévoit qu'un certain nombre de traitements seront faits dans un habitat spécialement conçu à cette fin, les thérapeutes doivent veiller à ce que cet habitat devienne un lieu thérapeutique et non un lieu pour reléguer un groupe déviant. Signalons au passage qu'une maison de soins peut être investie par le malade comme un lieu d'asile dans le sens noble du terme. Freud a, à plusieurs reprises (23, 25) signalé la signification de la maison comme symbole féminin ou maternel. Dans la tendance de la libido à investir l'environnement de la mère, G. Roheim a cherché l'origine de la tendance à investir l'environnement pris au sens large du terme (69). Les hommes, comme l'a signalé Henri Faure (21) trouveraient "dans la demeure les conditions qui satisfont les besoins de sécurité, de chaleur, de nourriture"... "où se dénouent les plus intenses relations inter-individuelles..." (page 159).

D'où l'importance de la signification que les patients donnent au Centre de traitement de jour au moment même de leur entrée. Lorsque nous devons

préparer un traitement au Centre de traitement de jour en passant par des interventions à domicile, nous effectuons toujours des visites collectives de deux ou trois soignants. Avant d'arriver, nous essayons de connaître au maximum la situation par le médecin de garde ou par le médecin traitant. Nous sollicitons l'accord de la famille et du patient qui, ayant accepté de venir au Centre de traitement de jour, a par la suite été empêché de le faire. Parfois, ces visites à domicile surviennent avant que le patient ne soit venu au Centre de traitement de jour, mais d'autres fois elles surviennent les premiers jours ou à la suite du traitement. Ce sont les deux premières situations qui nous intéressent dans ce travail.

Les visites à domicile ont plusieurs buts : effectuer une exploration de la situation; essayer de suppléer à une défaillance du moi du patient et par exemple, l'accompagner jusqu'au Centre de jour; discuter les motifs qui l'empêchent de venir chez nous; mobiliser une situation familiale; commencer un traitement médicamenteux. Souvent, ces différents buts s'enchevêtrent dans la même prise en charge.

Lors de ces visites ou hospitalisations à domicile, nous sommes toujours attentifs aux recommandations de Racamier concernant les soins des schizophrènes (63) : nous ne devons jamais priver le malade des stimuli sensoriels ou sensoriels et notre présence est en soi stimulante; nous devons lui permettre d'effectuer le choix, d'agir et d'exercer des responsabilités; nous le laissons vivre pleinement ses affects et ses actes; nous essayons de ne pas dévaluer les activités idéatives du sujet, en évitant de le placer devant des situations contradictoires insolubles.

La façon dont le patient est abordé structure la suite de la relation. Même lorsque le patient n'est pas en mesure de comprendre nos intentions, il pourra et devra le faire après-coup.

Nous allons essayer de dégager un certain nombre d'éléments que la trithérapie introduit dans les traitements à domicile. D'un côté, elle augmente la disponibilité de l'équipe soignante qui, ainsi, est davantage en mesure de se déplacer et de répondre aux demandes du malade et de son entourage. En même temps, elle élargit les possibilités identificatoires des personnes concernées par une crise schizophrénique, en leur donnant un modèle de fonctionnement. Les membres de l'équipe apparaissent comme un groupe capable d'élaborer des projets ensemble et de collaborer dans les décisions.

Ainsi, à une certaine époque, nous avons traité une jeune patiente, que nous appellerons Caroline, qui avait déjà effectué un certain nombre de traitements pour des épisodes schizophréniques aigus à thème persécutoire. Le lendemain de son entrée chez nous, le tableau clinique s'est compliqué d'un état confuso-onirique qui l'empêchait de faire le voyage entre sa maison et le Centre de traitement de jour. Nous avons alors décidé d'effectuer une visite à domicile pour prendre contact avec les parents et pour l'accompagner au Centre. En arrivant à domicile, nous nous trouvions devant la situation suivante : les parents faisaient chambre séparée et la chambre de Caroline se situait entre les chambres des parents. Nous avons discuté des possibilités de venir la chercher

tous les matins, les parents venant la reprendre le soir. Nous nous sommes rendus compte que le père, exerçant une profession qui le faisait côtoyer étroitement les médecins, minimisait la maladie de sa fille. La mère, au contraire, souhaitait vivement que notre programme soit suivi. Chose curieuse, ils agissaient de façon à ce que leurs différents avis nous soient donnés en l'absence de l'autre. D'ailleurs, le père ne s'adressait qu'au médecin et la mère à l'infirmière qui l'accompagnait. Après la première visite à domicile, nous avons décidé de voir les parents au Centre de jour pour prendre des décisions ensemble. Nous avons ainsi fait comprendre aux parents que nos avis étaient le fruit de discussions et de collaboration entre les différents membres de l'équipe participant à la prise en charge. Nous avons constaté par la suite une amorce de collaboration entre les parents de Caroline et une rapide disparition de l'épisode confuso-onirique de la patiente. La suite du traitement nous a confirmé les impressions de nos visites à domicile : Caroline se sentait tiraillée depuis toujours, objet de chantage entre un père tyrannique, séducteur, ayant des comportements qui soulevaient chez elle des idées incestueuses et une mère qui la voulait pour elle toute seule, à l'exclusion du père.

Les visites à domicile, dans ce cas, ont favorisé la relation famille-thérapeutes, élargissant les possibilités identificatoires. L'homéostasie familiale a été respectée. En même temps, nous avons pu introduire des éléments capables de provoquer des changements dans la relation parentale tels que : nous travaillons de concert et prenons les décisions ensemble. Cet exemple nous permet aussi de constater la différence entre une prise en charge à domicile en trithérapie et d'autres possibilités de traitement à domicile. Les trois membres de l'équipe qui ont été concernés dans ce traitement à domicile sont restés les mêmes à l'unité de jour. Les relations établies avec le patient et les parents n'ont pas été rompues pendant le traitement institutionnel. L'exemple suivant nous permettra de mieux comprendre la valeur de cette continuité.

Nous avons eu à nous occuper d'une femme dans la trentaine, que nous appellerons Evelyne. Mariée très jeune avec un intellectuel émigré d'un pays lointain, de 30 ans son aîné, la patiente avait une fille de 13 ans et nous a été adressée à la suite d'un deuxième épisode délirant à thème persécutoire : extrêmement angoissée, elle se sentait surveillée dans la rue, les gens devinaient ses pensées.

Le traitement au Centre de jour a été rapidement interrompu. La patiente y avait "fait entrer" aussi ses persécuteurs. Elle s'est cloîtrée à la maison. A la suite de quoi, nous avons fait des visites à domicile deux fois par semaine pendant un mois environ. Dès le premier entretien, nous avons constaté la situation suivante : le mari s'alliait avec sa fille qui d'ailleurs, lui ressemblait d'une façon frappante. Il nous parlait de sa fille avec enthousiasme, de ses réussites scolaires, de son travail à la maison. La mère était continuellement dévalorisée. Si elle faisait

un mouvement pour aller nous faire le thé, le mari le demandait à sa fille, en nous faisant comprendre que sa femme en serait incapable. Progressivement, la psychose évolua vers un état dépressif. La patiente se considérait comme absolument stupide et cherchait un soutien dans l'infirmière de l'équipe. Le mari scotomisait complètement le couple infirmier et ne s'adressait qu'au médecin. Après ce mois de traitement à domicile, la patiente a enfin repris le chemin du Centre et peu de jours après, elle a pu raconter à l'infirmière l'origine de ses craintes : quelques mois avant l'hospitalisation, elle a eu la visite d'un fils d'un premier mariage du mari, fils qu'elle n'avait jamais vu auparavant. Il avait presque son âge et elle en devint profondément amoureuse. Après son départ, Evelynne a commencé à vivre une immense culpabilité par rapport à son mari. Rapidement, l'impression qu'on allait deviner son amour est devenue une croyance délirante. Au Centre de traitement de jour, elle a eu aussi peur que le médecin qui s'occupait d'elle puisse également deviner son secret. Pendant le traitement à domicile, dans la prise en charge à trois, chaque membre du couple a pu trouver un interlocuteur à qui faire confiance. Le mari le médecin, la patiente l'infirmière. La continuation du traitement au Centre de jour par les mêmes thérapeutes a permis à Evelynne d'utiliser la confiance en l'infirmière pour lui parler de son secret. Finalement, elle a eu le courage de parler dans les entretiens à trois, parce que l'image qu'elle se faisait du médecin, distant, impitoyable, comme son mari, s'est assouplie par la médiation de l'infirmière. Le soulagement de la patiente a facilité une évolution favorable. Tout ce que nous avons compris pendant les visites à domicile a été utilisé par la suite et a facilité le traitement. La patiente vivait depuis toujours la relation avec son mari comme une confirmation continuelle de sa dévalorisation : l'impression qu'un grand intellectuel l'avait épousée pour qu'elle devienne sa bonne.

Nous pouvons ainsi résumer l'importance de la trithérapie dans les traitements à domicile, préparatoires à un traitement au Centre de jour : elle permet d'augmenter les possibilités identificatoires du patient et de son entourage; elle donne un modèle de fonctionnement basé sur l'échange et la collaboration; elle favorise la continuation du traitement au Centre de traitement de jour en introduisant dans la prise en charge institutionnelle tout ce qui s'est passé auparavant.

2. L'ACCUEIL

Le Centre de traitement de jour peut prendre un caractère rassurant, protecteur, évitant le piège de se transformer en une institution qui n'est investie que par ses murs, ses objets inanimés. (Transfert institutionnel dans le sens de Saferstein (73, 74). Les traitements de jour, avec leurs

interruptions journalières, présentent moins de risques que les traitements à temps complet en ce qui concerne l'utilisation de cette défense pour les schizophrènes. Mais, pour éviter que "les schizophrènes renoncent aux personnes et que leur contact avec le monde passe uniquement par des objets inanimés" (74), toute l'organisation du traitement doit être conçue de façon à favoriser l'établissement des relations personnelles. En 1927 déjà, Hinsie (40) avait signalé que le transfert diminuait l'activité délirante et que beaucoup d'évolutions spontanées favorables étaient dues à des phénomènes de transfert envers les infirmiers et même envers d'autres malades.

Le schizophrène, en désinvestissant la réalité éprouve "une souffrance indicible car la perte de la réalité est une catastrophe sans nom". Son "Moi régressé est par excellence, un Moi "chercheur d'objets"" (Séchehaye 83). Les frustrations objectales passées rendent le schizophrène extrêmement méfiant au moment d'établir de nouveaux contacts comme l'a signalé Diatkine (18). La tendance à établir des relations personnelles est quand même toujours présente, malgré la tendance à l'isolement comme défense (67).

Le premier contact avec le schizophrène est d'une très grande importance et l'indifférence à son égard est le plus grand tort. Son traitement offre au médecin et aux thérapeutes un champ très vaste et "dans nulle autre maladie mentale, son action est aussi directe et aussi intense", comme en 1921 Repond l'a signalé (67). Le savoir-faire des thérapeutes est sans cesse mis en défi par les schizophrènes en décompensation aiguë (20).

Toute intervention des thérapeutes pour entrer en contact avec les schizophrènes est valable, pour autant qu'elle ne perturbe pas, ultérieurement, l'évolution du traitement et ne l'empêche pas d'accéder à des types nouveaux et plus évolués de rapports interpersonnels. Les thérapeutes doivent pouvoir s'occuper des transports, des repas, rester des heures avec eux si nécessaire, enfin, faire preuve d'une immense disponibilité (80).

Comme nous l'avons signalé ailleurs (22), au Centre de traitement de jour de Carouge, l'accueil est un moment capital dans le traitement de ces patients." Dans le rituel de l'accueil d'un malade psychotique décompensé, s'ouvrent de nouvelles possibilités relationnelles. Le premier contact avec l'équipe thérapeutique, la présentation des malades aux autres patients, la visite des lieux, la discussion du programme de la semaine, du programme de la journée; voilà autant de repères donnés au malade pour qu'il puisse se retrouver dans un lieu étrange et étranger et qui pourtant, peut rapidement devenir sécurisant. Mais dans cette suite d'éléments (de personnes, de lieux, de temps différemment structurés), le psychotique décompensé risque de se perdre et le tout se joue souvent lors de ce premier contact : ou bien le patient peut établir des relations rassurantes, ou l'on risque une hospitalisation de nuit ou une claustration à la maison, ou encore un refus de revenir à l'Hôpital de jour.

Au Centre de traitement de jour de Carouge, le responsable voit en général tous les malades au moment de l'entrée pendant quelques 5 minutes pour

leur expliquer la suite de l'accueil. Après cela, un entretien que l'on veut assez détendu a lieu en présence de toute l'équipe de manière à gagner la confiance du malade. Par la suite, une sous-équipe de trois se constitue, si possible spontanément (un médecin et deux infirmiers s'offrent pour soigner le malade) et sinon, par rotation du personnel composant l'équipe. Le premier entretien du malade avec les trois soignants se fera tout de suite après ce premier contact. Nous essayons alors de comprendre ensemble les difficultés qui se produisent au début du traitement : ses angoisses, sentiment d'insécurité et la crainte de l'aventure qu'est le traitement à l'Hôpital de jour, mais aussi les difficultés concrètes concernant le transport, la famille, le travail, etc." Nous essayons aussi de discuter le contrat thérapeutique.

Ce rituel a son importance, même si le malade au moment de l'entrée n'est pas en mesure d'en comprendre le sens. Après-coup, il prendra conscience du caractère "libre engagement" de notre relation, que son traitement peut prendre fin lorsqu'il le souhaite. Le contrat thérapeutique institue une relation qui, depuis le début, caractérise le traitement comme provisoire, la séparation comme inéluctable et détermine l'autonomie des deux parties. Ce postulat organisateur du traitement précise depuis le début une différence par rapport aux expériences passées du schizophrène qui, très probablement, a vécu avec sa famille une relation qui empêche l'autonomie.

a) L'impact de l'institution

Dans l'organisation du Centre de traitement de jour, dans le but de s'occuper des décompensations schizophréniques aiguës et sub-aiguës, nous devons tenir compte de la psychopathologie des décompensations schizophréniques et prévoir le type d'articulation avec l'organisation institutionnelle.

Dès les premiers moments, l'expérience du schizophrène dans une institution donnée est organisée en accord avec ses troubles psychiques. Pour qu'il puisse nous faire confiance et pour pouvoir continuer un traitement en milieu ambulatoire, il faut favoriser ses premiers moments. D'ailleurs, dans un Centre de jour, nous n'avons pas de temps à perdre : toute erreur de conduite initiale se paie en général par une hospitalisation en clinique. Les premières difficultés doivent être immédiatement comprises et le dialogue avec le schizophrène ne peut pas exclure son vécu initial dans l'institution. L'institution que nous souhaitons limpide dans l'engrenage de ses différents rouages, le contrat que nous souhaitons clair, peuvent tout de suite produire des résonances chez le malade qui l'amènent à une perte de confiance ou à une rupture définitive. Il est très important que les différents membres de l'équipe puissent développer une exceptionnelle empathie avec le patient pour pouvoir comprendre ses premières difficultés, ses interprétations délirantes, ses inhibitions. Elles doivent être immédiatement discutées, ce qui implique une grande disponibilité de temps de la part des soignants. De même, tout patient qui entre en situation aiguë doit pouvoir utiliser la disponibi-

lité soignante de façon prioritaire et les autres patients doivent en être avertis.

Un exemple va nous permettre de mieux comprendre l'importance de cette procédure. Une jeune femme d'une trentaine d'années, que nous appelons Charlotte, nous a été envoyée d'urgence. Mariée depuis 10 ans, elle avait trois enfants. Depuis quelques semaines, son mari parlait de divorce et quelques jours avant son hospitalisation, survint un événement grave concernant la mère de la patiente.

Ces deux situations ont mis Charlotte dans un état de grande tension et elle s'est demandé si sa famille n'était pas l'objet d'un mauvais sort. Le jour qui a précédé son entrée au Centre de traitement de jour et alors qu'elle écoutait la radio, Charlotte a eu l'impression que l'on avait annoncé sa mort prochaine. Prise de panique, elle a téléphoné à un membre de sa famille, et le jour suivant, elle nous a été amenée.

Le fait que beaucoup de monde s'est occupé d'elle a provoqué un certain soulagement de l'angoisse mais la croyance délirante dans le caractère inéluctable de sa mort prochaine est restée assez tenace. Pour la rassurer et pour augmenter son investissement de l'unité de jour, nous avons décidé très tôt le matin, une perfusion de tranquillisants.

Lorsque Charlotte est entrée dans la salle de traitements, le soignant qui l'accompagnait et la tenait par le bras a senti qu'elle se raidissait. Par la suite, Charlotte a été incapable de faire un seul pas en avant. Le soignant a eu l'impression de comprendre ce qui s'était passé et les trois membres de la prise en charge en ont discuté avec Charlotte sur le champ. Le soignant a commencé par raconter ce qui venait de se passer et a transmis son interprétation des faits aux co-thérapeutes: Charlotte ayant vu un drap blanc sur le lit où on allait la coucher, elle a peut-être eu l'impression qu'on allait la tuer. La patiente a immédiatement donné son accord avec cette interprétation des faits et s'est sentie soulagée. Elle s'est calmée davantage lorsqu'on lui a expliqué à quoi servait le drap : nous avions en traitement à cette époque, une malade souffrant de psychose post-partum et le bébé avait été langé sur ce drap blanc. Nous lui avons également demandé si elle nous faisait confiance. Consentante, nous avons commencé le traitement quelques heures après, évitant ainsi très probablement une rupture dans le traitement.

Tout cet épisode s'étant passé très tôt le matin, nous avons fait l'expérience suivante : amener chaque soignant qui arrivait à la salle de traitements en lui demandant, s'il était d'accord, de nous communiquer la première idée qui lui venait à l'esprit en entrant dans cette pièce. Tous les soignants, sans exception, ont eu des associations dans la même lignée : "une morgue"; "un cadavre doit être sous le lit;" il doit y avoir un mort caché quelque part;" etc.

Cet épisode nous a été utile pour une discussion avec l'ensemble de l'équipe sur les problèmes posés par le premier contact de ce type de patients avec le Centre de traitement de jour.

La trithérapie offre une grande disponibilité aux malades lors de l'accueil et elle permet une compréhension des divers impacts que l'institution produit sur eux. L'intervention des soignants devient plus claire, plus riche et plus efficace.

b) Le contre-transfert

Dans une enquête récente sur la psychothérapie des schizophrènes, soumise à plusieurs psychothérapeutes, l'auteur, Friedman, (26) a signalé la très grande importance de la phase initiale du traitement. Le malade doit pouvoir compter sur le thérapeute comme moi auxiliaire, pour l'aider à résoudre des problèmes concrets et corriger certaines perspectives. Cet auteur affirme aussi que les caractéristiques souhaitables pour les thérapeutes des schizophrènes doivent être, entre autres, leur capacité à tolérer les frustrations extrêmes, le désespoir, le manque de progrès pendant longtemps. Les états aigus profiteraient beaucoup du traitement, et F. Fromm Reichmann préconisait depuis longtemps déjà une intervention psychothérapeutique même pendant ces moments (30).

Le contact avec les schizophrènes soulève beaucoup de difficultés de la part des thérapeutes. Racamier (61) a admis que dans les préjugés existants par rapport aux psychothérapies des psychotiques, la peur des thérapeutes joue un rôle assez important. Cette peur est renforcée pendant les phases aiguës où l'oralité du schizophrène prend sa plus grande intensité dans la relation, qui devient "timide et impétueuse," "intense et fragile," "imprévisible", "turbulante", avide, avec la crainte entre "êtreindre" et "être étreint", "mordu" et "être mordu", "retenir" et "être retenu" et finalement "engloutir" et "être englouti" (27, 53, 61). L'intensité unique de l'angoisse dans la relation d'objet que nous trouvons chez les schizophrènes est signalée par Trunel et coll. (90) : "Il a faim d'une relation positive, la rage des frustrations..."

Les expériences d'éventuelles frustrations précoces (1, 29) revécues par ces patients sont probablement à l'origine de beaucoup de mouvements de rejets contre-transférentiels de la part du thérapeute qui sent le patient lourd, dépendant, susceptible, possessif, dangereux et imprévisible dans ses réactions. (31)

La crainte du meurtre ou du suicide est toujours présente dans les thérapies de ces malades. La schizophrénie a été rattachée par Mélanie Klein (44) à la suite de Karl Abraham (1) à une fixation à la phase sadique orale (cannibalique). Ces malades vivent continuellement la crainte d'entrer dans le thérapeute et vice versa, par l'utilisation de mécanismes d'identification projective pathologique (72). Les terreurs du "réengloutissement par l'objet" serait à son tour pour M. Mahler à l'origine de la formation "d'objet transitionnel psychotique" (52) qui recouvre la notion de "transfert institutionnel" de Silverstein et fonctionnerait comme une défense par rapport à l'établissement des relations avec les personnes de l'entourage.

L'idée de mort psychique est une autre forme que prend la crainte d'anni-

hilation. D'ailleurs pour Searls (76), il y aurait un mouvement de la part de la famille pour rendre le patient "fou", comme équivalent d'un meurtre. Par la suite, les patients essaieraient de rendre "fou" leurs thérapeutes afin de pouvoir revivre une situation de régression dont le tribut à payer serait la perte d'autonomie. Les efforts pour "rendre fou" seraient provoqués par le désir "d'obtenir, de perpétuer ou de retrouver des gratifications inhérentes au mode de relation symbiotique" (p. 38).

Les résonnances contre-transférentielles du type de relation que les schizophrènes provoquent sont souvent difficiles à supporter. Comme nous l'avons signalé dans le chapitre précédent, il y a l'idée dans pratiquement toute thérapie collective des schizophrènes, de pouvoir ainsi augmenter la marge de tolérance des thérapeutes qui est continuellement testée dans le traitement des épisodes aigus. D'ailleurs, cette tolérance augmente par la possibilité existante, dans la trithérapie, de pouvoir discuter après chaque traitement du vécu des thérapeutes et de pouvoir élaborer les mouvements contre-transférentiels de chaque soignant impliqué.

c) Le clivage

Depuis longtemps, un certain nombre d'auteurs ont utilisé la bifocalité dans la prise en charge des malades schizophrènes.

Cette technique a déjà été préconisée par Knight en 1937 (47), étant donné les problèmes posés au moment de la sortie des patients de l'hôpital. En 1940, Chassel (15), signale que l'importance de la bifocalité serait de permettre de cliver le transfert et de donner au malade schizophrène la possibilité de conserver une bonne relation. Il y aurait un thérapeute qui s'occuperait de la réalité, le "gestionnaire" pour Racamier (62) et un psychothérapeute. Celui-ci, pour J.L. Cameron (13), devrait utiliser le transfert positif pour travailler la réalité représentée par "l'Administrator", de façon à pouvoir l'accepter comme bonne et mauvaise à la fois.

La bifocalité a été l'objet de beaucoup de critiques mais les phénomènes psychopathologiques qui ont motivé cet aménagement technique n'ont pourtant pas disparu : la catalysation de la charge agressive du schizophrène sur son thérapeute peut rendre le traitement impossible par rupture ou impasse. Dans le sens d'élaborer le transfert négatif que le schizophrène n'aurait pas pu travailler avec son thérapeute, Hamilton est arrivé à préconiser des changements de thérapeute pour que le malade puisse parler avec son thérapeute actuel de son hostilité envers le précédent (38). Dans une intéressante étude de Chessick et coll., sont analysées les retombées institutionnelles de la bifocalité (16). Il y aurait de la part de "l'administrator" une diminution progressive du temps passé avec les malades et l'équipe, et de plus en plus d'ordres, de suspension des permissions, d'utilisation des tranquillisants. La communication "cachée" s'installerait dans l'institution de même que la loi du moindre effort. A son tour, le psychothérapeute s'intéresserait de moins en moins à ce qui se passe dans l'institution. D'autres thérapeutes signalent que, par

exemple, il est très difficile que les psychothérapeutes dans l'institution échappent à certains problèmes de réalité (19), que les schizophrènes peuvent se figer dans une attitude qui oblige les deux thérapeutes à rester continuellement séparés.

Il y a eu beaucoup de tentatives pour améliorer les conditions d'application de la bifocalité : en effectuant des réunions psychothérapeutes-administrateur-équipe (11), en introduisant le tour de rôle entre psychothérapeute et gestionnaire dans la prise en charge de différents malades, donnant au gestionnaire d'autres responsabilités qu'administratives, de psychothérapeute de groupe, par exemple. (28)

Pourtant, nous pensons que les thérapies collectives peuvent répondre aux exigences qui ont conduit à l'utilisation de la bifocalité, en évitant ses inconvénients. D'ailleurs, les traitements en unité de jour diminuent les fonctions du gestionnaire parce que, entre autres raisons, le cadre de jour empêche pratiquement toute mesure punitive (interdictions de sorties ou de visites par exemple) obligeant à davantage d'imagination de la part des thérapeutes dans leur relation avec les malades.

Voyons quelques bases psychodynamiques qui justifient la bifocalité et également l'utilisation des thérapies collectives, dans le cas de schizophrénie et surtout pendant les états aigus.

Mélanie Klein a beaucoup étudié les processus précoces de la formation de l'appareil psychique. Nous devons reconnaître l'importance de certaines hypothèses qu'elle a avancées, même lorsque nous ne partageons pas toutes ses vues meta-psychologiques. La caractérisation des positions schizo-paranoïaques et dépressives nous semblent des apports fondamentaux à la psychopathologie. Les difficultés dans le passage entre ces deux positions pourraient constituer un moi vulnérable aux décompensations schizophréniques. Les troubles survenus dans l'élaboration des relations moi-objet, dans la position schizo-paranoïaque rendraient difficile l'accès à la position dépressive. La persistance d'une angoisse très importante, résultant de la prédominance des sentiments persécutoires sur les expériences capables de favoriser l'apparition d'un "bon objet" intériorisé, favoriserait la constitution d'un moi fragile. Dans la relation entre l'objet et le moi pourrait s'installer, à un certain moment, un cercle vicieux (45) "plus le sadisme prévaut dans les processus d'incorporation de l'objet, plus l'objet est senti comme fragmenté et plus le moi est en danger d'être clivé selon les fragments de l'objet intériorisés". (page 280) Les non gratifications des expériences morcelantes du moi qui existent normalement de la part du bon objet, favoriseraient l'apparition de la schizophrénie chez l'adulte. "Les diverses formes de clivage du moi et des objets internes aboutissent au sentiment que le moi est en morceaux. Ce sentiment culmine en un état de désintégration. Dans le développement normal, les états de désintégration dont le bébé a l'expérience sont transitoires. Parmi d'autres facteurs, la gratification de la part de l'objet "bon" extérieur, l'aide de façon répétée à traverser ces états schizoïdes" (page 284).

Dans son ouvrage, "Envie et Gratitude" (46), Mélanie Klein avance l'hypo-

thèse qu'il y aurait des degrés différents de désintégration du moi : "Les sentiments de contenir un sein et un mamelon intacts, - bien qu'existe en même temps le fantasme du sein dévoré et morcelé -, produit l'effet suivant : le clivage et la projection ne sont pas liés de façon prédominante à des parties fragmentées du soi mais à des parties plus cohérentes. Cela signifie que le moi n'est pas menacé d'un total affaiblissement par dispersion et que pour cette raison, il est plus apte à renoncer sans cesse à l'annulation de l'effort du clivage et à pratiquer l'intégration et synthèse dans la relation d'objet". (page 92). Il y aurait donc un état de fragmentation du moi et un état où le clivage est utilisé par des parties du moi plus cohérentes, précédant le moment où il est capable d'apparaître complètement intégré dans la relation d'objet. L'envie excessive troublerait la possibilité d'un clivage entre le bon et le mauvais objet, empêchant la possibilité d'accéder à la position dépressive par intégration du bon et du mauvais à l'intérieur et à l'extérieur. Cette incapacité de clivage, Rosenfeld, l'a trouvée dans l'analyse des épisodes confusionnels (70). D'ailleurs, plus tard (71), ce même auteur admet que dans le groupe des patients schizophrènes, pour qui l'envie excessive joue un rôle décisif, le clivage entre le bon et le mauvais objet n'a jamais été atteint, et que "ce n'est qu'en pouvant devenir progressivement capable d'établir un clivage normal entre un bon et un mauvais objet, qu'un schizophrène peut réussir une relation amoureuse sans que les états confusionnels ne se répètent (page 277) Une phrase de C. Muller (56) va dans le même sens quand il affirme qu'en ce qui concerne le transfert psychotique, il ne serait pas juste de parler de transfert négatif par opposition au transfert positif. "Nous pensons plutôt qu'il s'agit dans la plupart des cas, d'une véritable synchronicité... mais il paie cette synchronicité par sa maladie même."

Beaucoup de thérapeutes ont utilisé différentes thérapies multiples pour permettre aux schizophrènes de pouvoir garder au moins une bonne relation avec un thérapeute. De même, il a été souvent observé une rapide diminution de la symptomatologie aiguë chez les schizophrènes qui ont pu investir positivement une personne dans l'institution (20, 67 77).

Nous pouvons croire qu'un désinvestissement libidinal rapide de la réalité, accompagné d'un désinvestissement de certaines fonctions moïques, provoquent l'apparition de mouvements défensifs, donc la projection délirante. S'il est donné la possibilité aux parties du moi non fragmentées, non envahies par la psychose, d'investir un objet rassurant, il faut admettre que le réinvestissement libidinal du moi va diminuer l'utilisation des mécanismes de défense schizophrénique. Voilà ce que nous observons tous les jours dans notre expérience de trithérapie.

D'ailleurs son importance est souvent plus facile à reconnaître dans les cas problématiques. Nous pourrions faire état d'un grand nombre de cas cliniques soignés au Centre de traitement de jour de Carouge où, souvent sans médicaments, une spectaculaire guérison symptomatique est intervenue. Nous allons plutôt décrire un cas où la trithérapie, par une rare coïncidence, n'a pas désamorcé rapidement la situation aiguë. Nous l'avons déjà

décrit (22), mais son caractère exemplaire, parce qu'exceptionnel, nous incite à le reprendre.

Il y a deux ans, nous avons soigné une jeune patiente, que nous appelons Carine, qui présentait une décompensation psychotique. Seulement 6 mois après, nous avons appris que son ancien ami, psychotique, avait voulu la tuer. Il a essayé plusieurs fois de le faire et à un certain moment, est allé l'attendre à la sortie de l'université; ne l'ayant pas trouvée, il a tué une petite fille à sa place. Nous imaginons l'importance que prend l'idée du meurtre au moment où cette patiente se sent entrer dans la psychose, en train de perdre le contrôle. Le jour de son entrée, au moment où nous l'avons vue à trois, la patiente se met à sangloter, devient très tendue, comme si elle se préparait à nous attaquer et quitte le bureau quelques secondes après, en claquant la porte. Nous lui avons écrit en lui signalant que la porte de l'hôpital de jour lui était toujours ouverte. Elle revint nous voir, la scène se répéta et s'est répétée plusieurs fois encore, mais avec des périodes de détente pendant lesquelles la patiente venait à l'hôpital de jour. Nous avons compris par la suite ce qui s'était passé : lorsque nous nous sommes présentés à la patiente le premier jour, le nom de l'un de nous lui a rappelé qu'elle avait eu affaire avec cette personne, bien que très indirectement. Ce soignant est devenu tout de suite quelqu'un qui était à l'Hôpital de jour pour la surveiller, pour espionner sa vie. C'est seulement lorsque la patiente a pu nous exprimer l'angoisse que ce soignant lui produisait par sa seule présence, qu'elle a pu nous raconter ce qui s'était passé avec son ami meurtrier.

Par cet exemple, nous voyons comment une simple coïncidence a permis à cette patiente psychotique de transformer quelqu'un de son entourage au Centre de jour, en persécuteur. Cette prise en charge aurait été impossible si d'autres personnes n'avaient pas été investies comme sécurisantes.

d) L'oedipe

Nous pouvons nous poser la question : pourquoi une trithérapie, et non une co-thérapie dans le traitement des épisodes schizophréniques aigus au Centre de traitement de jour de Carouge ? Dans ce choix, il y a des motifs purement fonctionnels que les traitements à domicile nous ont déjà fait soupçonner et que nous analyserons plus tard.

Il y a aussi des raisons dues à la psychopathologie particulière du schizophrène, surtout pendant les épisodes aigus. Ils concernent la problématique oedipienne.

Les traitements, dans une unité de jour, sont fondamentalement institutionnels, même lorsque la prise en charge de certains aspects de la réalité du malade, comme la famille, si famille il y a, est souvent envisageable, voire nécessaire.

Nous allons surtout utiliser des références qui nous permettront de comprendre le fonctionnement de l'appareil psychique individuel dans sa rencontre avec le cadre thérapeutique unité de jour. Nous nous référerons

surtout aux apports qui nous aident à comprendre la façon dont le schizophrène a éventuellement affronté, dans le passé, la problématique oedipienne et les répercussions qui en ont découlé dans son organisation psychique.

Hinsie s'étonnait en constatant que les schizophréniques décompensés exprimaient une problématique incestueuse pas ou à peine dévoilée (40). Par la suite, ce constat a été maintes fois confirmé (42, 51, 60).

Le complexe d'Oedipe peut être considéré comme le moment capital dans l'évolution de chaque individu vers les responsabilités universelles de l'homme adulte en société. Le petit enfant y apprend le caractère inélucltable de la différence des sexes et des générations. Dans les meilleures conditions, il le dépasse en laissant dans le passé et dans son inconscient le désir sexuel du parent du sexe opposé et élimine celui du même sexe, projetant dans l'avenir l'espoir-devoir d'accéder au plaisir sexuel et de reproduire l'espèce.

La manière dont l'enfant affronte la problématique oedipienne dépend de la façon dont les expériences antérieures ont été intériorisées. Chez les schizophrènes, il semble que l'oedipe ait été affronté sous l'emprise d'une problématique orale. Le désir génital du membre du sexe opposé serait envahi de souhaits cannibaliques non dépassés et aurait éventuellement été précocement stimulé par l'envie. Le choix d'un tiers comme objet érotique pourrait à son tour signifier une fugue face à l'insatisfaction de la mère et il n'en serait que le remplaçant (46). Le retour érotique à la mère (par le fils) n'aurait pas passé par une identification positive de l'image médiatrice d'un tiers (père) représentant d'un ordre humain qui les transcendent.

Dans la fuite en avant vers une problématique oedipienne et dans l'envie qui favorise une érotisation précoce de la relation mère-enfant, le tiers est toujours présent, surtout au moment où la capacité discriminatoire de l'enfant la rend possible, avant que les mécanismes identificatoires soient en condition de permettre une bonne intégration pulsionnelle. L'enfant aurait tendance à intérioriser une relation où le tiers est rendu responsable de son insatisfaction. L'enfant et le futur adolescent auraient tendance à se figer dans une relation revendicative par rapport à un parent, l'autre étant vécu comme empêchant cette satisfaction et possédant ce qui lui manque. Les identifications ainsi faites sont surtout négatives, signifiant par leur intériorisation l'impossibilité d'une relation satisfaisante avec le parent ou n'importe quel remplaçant.

Le futur schizophrène affronterait une problématique oedipienne sans avoir accédé à l'identification des objets totaux. Il aurait construit son moi sur une double faille : dans l'identification avec la mère qui aurait été insuffisamment intériorisée comme un bon objet; dans l'identification avec le père qui ne l'a jamais été dans le sens d'un tiers objet total génitalisé. Cette situation le conduit plus tard à une double impasse. L'éventualité de relations incestueuses à l'adolescence serait vécue comme terrifiante, parce que sous le signe de l'oralité, envahies par le fantasme

de dévoration mutuelle; l'enfant reste pourtant accroché à la mère, dans une attitude de revendication orale. L'interdit de l'inceste n'ayant pas été accepté dans ses aspects positifs, par le biais des identifications positives qui lui permettraient l'accès à "l'affiliation compensatoire du sujet à la société" et à l'énergie qu'il donne aux activités organisantes du moi, (Gressot, 35) rend la sexualité exogamique difficile, lorsque la réalité le place sans cesse en face de situations oedippiennes qu'il n'est pas capable d'affronter. Tout partenaire est vécu comme une mère investie par des pulsions orales et génitales, tout rival assume l'imago de la mauvaise mère (ou père castrateur).

Ce rapide survol de la problématique oedipienne chez le schizophrène est incomplète et certainement schématique. Il nous permet pourtant de comprendre pourquoi nous offrons un traitement en trithérapie à la place d'une cothérapie, par rapport à ce qui nous semble fondamental dans la problématique oedipienne des schizophrènes et qu'un exemple clinique va, nous l'espérons, éclaircir.

Nous avons suivi pendant deux ans environ, un jeune schizophrène de 19 ans, que nous appellerons Peter. A la suite d'un premier traitement au Centre de jour, dont nous parlerons plus tard, il a suivi une psychothérapie de groupe dont nous étions un des cothérapeutes. A un certain moment, il a abandonné le groupe et quelques semaines après, il est venu nous voir accompagné par le médecin de garde du Centre psycho-social, dans un état d'élation. Il croyait avoir dépassé les contraintes du temps "sa montre se serait arrêtée et il serait vivant". Il brûlait les feux rouges avec son vélomoteur, se croyant immunisé contre les accidents. Il ne mangeait plus et avait l'impression de ne plus en avoir besoin.

Après un certain nombre d'entretiens au Centre de jour, nous avons pu reconstituer la situation. Il avait abandonné le groupe par crainte de mes représsailles : ayant eu une aventure avec Julie, en traitement dans le même groupe, il n'avait pas eu le courage de nous affronter à nouveau. Il faut signaler que Peter était fils unique, et le seul souvenir qu'il avait de son père était que lors d'une des très rares visites qu'il avait faites à sa mère après sa naissance, il l'avait laissé tomber de ses bras : une cicatrice au sourcil droit lui donne la certitude de ce souvenir.

Peter vivait la relation avec sa mère comme séductrice. Elle se promenait souvent presque nue dans l'appartement et lui amenait le petit déjeuner au lit, ce qui l'excitait. Quelques jours après son aventure avec Julie, le soir, alors que sa mère dormait dans sa chambre, Peter aurait reçu de la télévision l'ordre d'aller coucher avec elle. Ce message l'a complètement paniqué et il s'est enfui de l'appartement. Il a été retrouvé par la police sur l'autoroute, à pied, et amené au médecin de garde du Centre psycho-social. Lorsque ce médecin lui a suggéré de nous voir, de retourner au Centre de jour, il a refusé en disant que j'allais "l'enculer en public". Finalement, après de longues discussions avec ce médecin, il a accepté que l'on se voie ensemble.

Notre façon de comprendre cette situation est la suivante : l'endogamie et l'exogamie sont doublement difficiles chez les schizophrènes. Dans les deux situations vécues par Peter, soit par rapport à son aventure avec Julie, soit par rapport à l'éventualité d'une relation incestueuse avec sa mère, son surmoi intériorisé ou projeté, ne pouvait que le punir. La solution du conflit a pris une forme délirante : délire mégalomane de dépassement du temps et de toute contrainte, donc aussi de l'interdit d'accès à toute sexualité.

Beaucoup de décompensations reproduisent en délire des tentatives de solution du conflit qui surgit avec une réalité continuellement provocatrice.

L'exemple suivant nous permettra de comprendre pourquoi nous aménageons le cadre thérapeutique de manière à éviter les situations réelles équivalentes de la situation oedipienne.

Georges, 28 ans, vivait dans sa ville natale, au nord de la Suisse. Il étudiait à l'Université et habitait dans une petite pension avec quelques collègues, des hommes, avec lesquels il entretenait des relations très cordiales. Il reproduisait dans cette pension d'étudiants le monde qui avait presque toujours été le sien, ayant vécu en institution depuis l'âge de deux ans, placé par sa mère restée célibataire.

Il est entré à l'unité de jour quelques semaines après son départ pathologique de sa ville d'origine. Les symptômes étaient une angoisse profonde, pan-phobique, une surdité importante et une certitude délirante que ses yeux étaient fixes et qu'il ne pourrait plus les bouger. La reconstitution des dernières semaines de son existence nous a amenés à la conclusion suivante : Georges avait très mal supporté les fiançailles de son meilleur ami qui vivait avec lui dans la pension, avec une étudiante qui lui plaisait beaucoup. Les ébats amoureux dans la chambre voisine de la sienne le mettaient dans un état d'angoisse extrême. Son départ à Genève était une fugue pour ne pas vivre cette situation. A Genève, il était continuellement "provoqué" par la présence de couples. Les symptômes signifiaient une façon de se couper de la réalité : pan-phobie, surdité, paralysie du regard. D'ailleurs, par rapport à ses origines, il avait aussi une interprétation délirante : il aurait été conçu dans une relation éphémère entre sa mère et un homme qui l'aurait laissée tomber. Ce dernier serait un Suisse, nazi, "un monstre", qui aurait été fusillé en Suisse après la guerre pour collaboration avec les Allemands, alors que l'âge du patient rendait cette éventualité absolument impossible.

En trithérapie, nous avons permis à Georges une relation privilégiée avec l'infirmière, sans que la présence de deux hommes dans la prise en charge ne le dérange trop, par dilution d'une situation triangulaire oedipienne. Paradoxalement, la trithérapie favorise une relation privilégiée avec un seul soignant, sans que les pulsions agressives et libidinales soient mélangées. Favorisant le clivage qui permet la relation avec un objet, elle évite une relation qui rappelle par trop le couple oedipien. Georges a vécu une relation intense, gratifiante, avec l'infirmière de l'équipe pendant environ 6 mois, avant qu'il ne soit inquiété

par une situation oedipienne : il a entendu dire que cette infirmière, étrangère, retournerait un jour dans son pays. Il nous a exprimé un sentiment de haine très profond par rapport au mari de cette infirmière qu'il a commencé d'éviter de rencontrer au Centre de jour. Pourtant, les acquis de 6 mois de traitement nous ont permis de continuer le traitement.

3. UN TRAITEMENT INTEGRE

Les traitements en unité de jour sont des traitements institutionnels. Ils se différencient, comme nous l'avons déjà signalé, d'autres traitements institutionnels, surtout des hospitalisations à plein temps. En ce qui concerne l'organisation des soins, dans une unité de jour nous devons tenir compte que le traitement s'effectue seulement pendant la journée et que la présence de la réalité extra-institutionnelle du patient y est bien présente, une partie de leur autonomie étant préservée (68).

Ces caractéristiques vont déterminer l'abord initial des malades. Les traitements sont plutôt contractuels, ce qui favorise l'utilisation des psychothérapies non directives (8, 32). La présence réduite des impératifs administratifs facilite la prédominance des raisons thérapeutiques; le risque pris par les thérapeutes est plus grand dans ce type de traitement que dans les hospitalisations à temps complet, ce qui stimule le travail d'équipe. En 1953, Knight (48), par rapport au traitement des schizophrènes, avait clairement défini ces caractéristiques du cadre unité de jour : ces unités favoriseraient la conservation de l'amour-propre, le sentiment de responsabilité par rapport aux actes et l'autocontrôle. La réglementation y serait assez inefficace et de ce fait, les thérapeutes seraient obligés de développer la dynamique de groupe et les réunions du staff.

Par ailleurs, les possibilités d'intervenir dans le milieu du patient, si nécessaire, sont plus grandes (12) et peuvent se faire en plus grande connaissance de cause (4, 55) que dans les hospitalisations à temps complet.

a) Organisation institutionnelle

La nécessité de créer une psychothérapie pour les psychotiques a déjà été suggérée par Freud au début du siècle (24). Au Congrès de Budapest en 1918, il a préconisé la création de cliniques spécialement organisées dans ce but. Simmel, fort d'une expérience de grande importance dans ce domaine se réfère longement à l'intérêt que Freud lui a porté (85). D'ailleurs, un abord psychothérapeutique en institution intéresse surtout un nombre important de psychotiques pendant les épisodes de décompensation aiguë (65).

Beaucoup de thérapeutes envisagent l'institution, soit dans une optique de relation duelle, soit afin de permettre celle-ci à l'extérieur de l'institu-

tion. Cette façon de fétichiser la relation duelle a été partagée par de remarquables psychothérapeutes, depuis Simmel (84) qui voulait que les schizophrènes en institution puissent transférer seulement avec le médecin, jusqu'à Rosenfeld (72b) qui voyait l'hôpital comme un cadre souvent nécessaire devant être rassurant pour que les psychanalystes puissent rester en dehors, dans la stricte orthodoxie. Cette orthodoxie souffrirait certainement de bien graves entorses : l'analyste devrait prendre des informations de l'équipe thérapeutique de l'institution pour mener à bien son traitement... Les schizophrènes malheureusement, sont des gens peu raisonnables et éparpillent à leur tour les relations transférentielles transformant l'institution en un lieu profondément conflictuel (Stanton et Schwartz 88). D'ailleurs, d'après Rapoport, les moments de crise seraient ceux où les institutions psychiatriques révèlent les plus grande potentialités thérapeutiques. (66)

Les psychothérapeutes, s'ils veulent s'occuper d'une importante population schizophrénique en crise, doivent à notre avis, entrer sans complexe dans l'institution et prendre la direction de l'organisation et de la pratique institutionnelle. Comme le souligne Bleger, en ce qui concerne les psychanalystes, lorsqu'ils se décident à travailler dans un hôpital psychiatrique, ce qu'ils ne doivent pas faire c'est de prendre des malades en traitement psychanalytique, mais de partager avec les confrères et les autres travailleurs psychiatriques, une pensée psychodynamique (9). Parce que, comme l'a très clairement défini Benedetti (6) "le malade (...psychotique...) ne peut donc en somme grandir dans un cadre opaque aux significations symboliques et qui voudrait d'un coup transformer le psychotique en une division calme et ordonnée."

Les investissements des schizophrènes ont tendance à prendre un caractère diffusant dans l'institution. Les propriétés désangoissantes de cette défense, des projections morcelées ou scissionnelles, pourraient présenter une capacité évolutive restructurante, "pourvu que leur totalité puisse être rassemblée quelque part au devant du malade, avant d'être dans son moi lui-même." (Racamier 63). D'ailleurs, les patients ont tendance à établir des relations avec les autres malades et avec les membres de l'équipe pour recréer des relations du passé. D'où l'importance de comprendre les symptômes actuels dans le contexte du cadre institutionnel et de mettre en place une néo-réalité où la néo-histoire de chaque malade va émerger dans une reconstitution du passé (11, 36, 57).

L'ensemble de l'institution doit être organisé de façon à ce que les schizophrènes, dès leur arrivée, puissent y trouver un cadre organisé. La complexité du cadre institutionnel est certainement bien plus grande que celle d'autres traitements psychiatriques, parce que les relations des malades vont s'opérer avec les différents thérapeutes, de même qu'avec d'autres malades. Les échanges seront non seulement verbaux, mais se traduiront par des actes, des matériaux. (14, 49) Pourtant, pour que l'institution puisse garder un but psychothérapeutique dans une articulation harmonieuse avec les soins, pour qu'une attitude interprétative puisse avoir lieu (5), il faut créer des lieux de rencontre où "la parole est

libre, où n'importe quel conflit, n'importe quel thème, puisse être abordé sans autre attitude contraignante que la propre problématique de chacun". (Torrubia 89).

En général, les groupes sont les lieux considérés comme privilégiés pour comprendre l'ensemble de la dynamique institutionnelle. Dans l'intimité des entretiens, en relation duelle, l'histoire de chacun reprend sa spécificité. Pourtant, beaucoup de psychothérapeutes ont signalé l'absurdité d'une séparation formelle entre les thérapies de groupe et les traitements en relation duelle et la nécessité de prendre ces deux moments privilégiés comme intelligibles dans leur interdépendance. (7, 39, 58). Certains attirent l'attention sur la nécessité d'envisager le cadre institutionnel comme significatif dans sa totalité (43, 54, 75). Pratiquement tous les auteurs qui ont une vision dynamique de l'institution et veulent garder un but psychothérapeutique dans leur travail, définissent le travail d'équipe comme "la pierre de touche d'une institution." (65)

b) Trithérapie centrée sur chaque malade

Comme nous l'avons signalé, les psychothérapeutes travaillant dans l'institution peuvent prendre connaissance, dans les séances de groupe, d'une façon presque toujours manifeste, de la vie globale de l'institution. Encore faut-il qu'au moins un certain nombre de groupes puissent se dérouler en présence de tous les membres de l'institution, ce qui pose le problème du nombre nécessairement limité des soignants et soignés engagés dans une même unité psychiatrique. Il faut aussi que l'équipe considère les groupes comme des moments privilégiés pour effectuer un abord psychothérapeutique des patients. Faute de quoi, l'institution se présentera comme un cadre morcelé, dévitalisé, favorisant l'agir des tensions isolées ou groupales.

Dans un travail d'Abramovsky (3) où sont comparés les résultats de deux types de leadership, directifs et non directifs, de groupes communautaires à Marlborough Day Hospital, l'auteur conclut en faveur des avantages de la non-directivité, si l'objectif primaire de l'unité est celui d'influencer la psychopathologie de chaque membre. La non-directivité est une condition nécessaire pour qu'un abord psychothérapeutique, dynamique, soit possible.

Si nous n'élargissons pas les champs d'informations et d'interventions au-delà des moments des grands groupes institutionnels et de la relation duelle, tout un monde caché de l'institution subsiste sans permettre un éclaircissement psychothérapeutique. Certains éléments apparaîtront dans ces moments, d'une façon si déformée qu'il deviendra difficile de les utiliser en dehors de la compréhension des grands mouvements de l'institution perdant ainsi beaucoup de son importance dans la mobilisation de chaque patient. Il est certain que le travail d'équipe est un lieu privilégié d'informations et fondamental pour la compréhension de la dynamique institutionnelle. Mais elle exclut l'ici et maintenant de la relation avec le patient.

Il nous semble que nous éloignons de notre champ de perception et d'interventions psychothérapeutiques une grande partie de la vie institutionnelle si nous ne favorisons pas d'autres moments de rencontres thérapeutes - patients.

D'ailleurs, la présence de malades présentant des épisodes schizophréniques aigus montre rapidement le besoin de ces moments, surtout dans les unités de jour : il faut réduire l'activité délirante et éviter les risques de passage à l'acte qui empêchent la continuation de la prise en charge, sans pourtant exclure ce qui dans la production psychotique peut devenir significatif pour la continuation du traitement.

Le champ institutionnel qui émerge péniblement et d'une manière très déformée dans les groupes, relation duelle et relations d'équipe, concerne les moments habituellement réservés au contact avec les infirmiers. Les infirmiers sont d'ailleurs souvent définis comme éléments d'identification des malades (78), ouvrant "des voies qui mènent à la réalité dans le traitement des psychotiques" (Slavson 89) et permettant une articulation des différents moments structurés de l'unité de soins avec "l'ambiance" de l'institution (57). Sur eux repose aussi, en général, tout le travail des soins, même s'ils sont mis à l'écart de presque toute intervention psychodynamique centrée sur chaque patient. Nous pouvons considérer le travail institutionnel des infirmiers comme un travail médiateur privilégié qui permet d'élargir l'appréhension du vécu, du dire et de l'agir des patients dans l'ensemble de l'institution et par là d'approfondir notre capacité de compréhension psychodynamique et d'intervention psychothérapeutique. Ne pas les intégrer directement dans des moments privilégiés de la prise en charge est, à notre avis, perdre le plus important de notre possibilité de compréhension et d'intervention psychothérapeutique dans l'institution. Laviee-Choukroun (50) nous décrit "la prise en charge triangulaire" appliquée dans un hôpital de jour dont le souci fondamental, mais non unique, est celui d'intégrer plus étroitement le travail infirmier : le médecin et un infirmier seraient présents dans les entretiens avec les malades. De son côté, Racamier, pour pouvoir dépasser un certain nombre de "situations critiques s'inscrivant de façon prégnante dans le contexte institutionnel, et dont nous jugeons qu'elles dépassent le cadre d'action des réunions communautaires... ainsi que celui d'une psychothérapie proprement dite" Racamier (62, page 282) préconise les "séances d'équipe" où l'équipe médico-soignante se réunit avec un seul malade et pour lui seul.

* * *

Nous avons signalé l'importance d'un traitement intégré dans l'institution, mais nous ne pouvons pas oublier l'individualité de chaque patient dans les différents abords que l'institution proportionne (62). Inversement, nous croyons que l'organisation de l'ensemble institutionnel doit être au service des possibilités de changement de chacun des soignés et non au service de sa dynamique interne qui peut, à son tour, devenir source d'assujettissement collectif et non de liberté individuelle.

Nous nous référons surtout à l'importance de la trithérapie pour intégrer un certain nombre d'activités institutionnelles comme

les techniques psycho-biologiques, ludothérapiques, ainsi que les moments non structurés, qui prennent une importance spéciale dans le traitement des épisodes schizophréniques aigus.

c) Les méthodes psycho-biologiques

Parmi les abords psycho-biologiques que nous utilisons dans le traitement des épisodes schizophréniques aigus, les médicaments et les techniques corporelles prennent une place prévalente.

Nous utilisons les médicaments avec une grande prudence pour ne pas priver les thérapeutes de la compréhension des productions psychotiques du patient. Le délire, par exemple, nous apporte une importante quantité d'éléments pour comprendre les conflits intra-psychiques du patient dans sa relation avec la réalité, conflits qui se reproduisent souvent assez rapidement dans l'institution. Nous considérons les situations aiguës comme des moments privilégiés pour entrer en contact avec le patient et envisager la stratégie du traitement.

L'utilisation du médicament soulève beaucoup de questions qui se posent lors de toute prise en charge psychiatrique : pourquoi, quand et comment ? Dans la trithérapie, nous essayons aussi de nous interroger par rapport à "l'insertion du médicament dans le monde subjectif des malades et des soignants - en situation - dans un univers de significations" (Vauthier 91).

En ce qui concerne les schizophrènes, beaucoup de travaux ont montré leur extraordinaire sensibilité au cadre qui structure n'importe quel type d'échanges (17, 36, 86). Au sujet des médicaments, il est important de comprendre leur signification symbolique qui en général, nous ramène à une problématique extrêmement primitive. La prise des médicaments par voie orale ou parentérale (nous utilisons beaucoup les perfusions de tranquillisants pour favoriser une relation) est chargée de résonances qui nous renvoient à une relation ancienne, organisatrice de la séparation dedans-dehors (nourriture, soins corporels).

Ce sont surtout les infirmiers qui sont les supports de la charge relationnelle liée aux techniques psycho-corporelles. Ils sont continuellement mis sur la touche par les changements d'attitude des schizophrènes, souvent imprévisibles et bouleversantes, surtout si elles restent incompréhensibles. Il ne faut pas non plus croire que les schizophrènes ont une distance suffisante, une capacité de symbolisation permettant de pouvoir déplacer cette charge relationnelle dans le cadre de la relation duelle avec une autre personne que celle directement concernée. C'est en la présence des protagonistes impliqués qu'il est possible de comprendre ces mouvements.

Pour les soignants, ce n'est que par la compréhension dynamique de ces situations qu'ils peuvent trouver une distance suffisante pour se reconnaître comme lieu de projection, de répétition et pour ne pas agir leurs

contre-attitudes, par rapport à des situations qui les culpabilisent, qui les touchent souvent très profondément dans leur amour-propre. Cette distance est une condition nécessaire à tout abord psychothérapeutique dans n'importe quel type de cadre, sinon il n'y aurait que des répétitions compulsives de la pathologie des malades et de celle des soignants ainsi éveillée. (10, 34)

La nécessité de cette distance ne peut être niée. Nous pouvons certainement, trouver des aménagements pour résoudre les difficultés d'un abord psychothérapeutique en institution. Mais nous ne pouvons pas permettre que nos difficultés personnelles, de qualité et de formation des collaborateurs, de travail en équipe, avec d'autres unités psychiatriques, de rôle social, de défense de privilèges de groupe professionnel, nous amènent à inventer de magnifiques rationalisations pour la voiler. Un exemple concernant la prise de médicaments permettra de mieux comprendre le problème dans une situation institutionnelle.

Peter, dont nous avons parlé, a fait une première hospitalisation à la suite d'un épisode délirant caractérisé surtout par des hallucinations auditives et un syndrome de dépersonnalisation (sentiment que son corps était coupé par des lianes qui l'enlisaient pendant la nuit).

Les éléments hallucinatoires ont disparu les premiers jours de l'hospitalisation mais il restait une importante angoisse de morcellement. Nous lui avons donné un neuroleptique anxiolytique.

Pendant ce temps, il évitait soigneusement de nous parler de sa mère, fille-mère avec laquelle il habitait seul. Il ne nous a pas donné non plus son consentement pour que l'on puisse la voir ensemble, à la demande de cette dernière. D'ailleurs, Peter nous a donné l'impression de vouloir empêcher que la relation avec la mère puisse être discutée dans les entretiens.

A un certain moment, il nous a demandé de ne plus avoir de contacts avec l'infirmière qui lui donnait les médicaments. Nous avons décidé de discuter de sa requête ensemble, en présence des deux infirmiers de la prise en charge. L'infirmière a avancé l'hypothèse que Peter se faisait peut-être des idées en ce qui concernait la prise des médicaments. Il les avait refusés le jour même de notre entretien. Peter a accepté cette suggestion et pour la première fois, il nous a parlé de sa mère : celle-ci avait tendance à fouiller dans ses poches, lire ses lettres, contrôler ses lectures. Il a mis en relation le changement de son état psychique avec l'action des médicaments et de l'infirmière qui les lui avait donnés. Il craignait que l'infirmière puisse contrôler ses pensées et ses sentiments, comme il croyait que sa mère en était capable.

Sans la trithérapie, la relation infirmière-Peter n'aurait probablement pas été éclaircie. Elle se serait perdue dans le magma du travail institutionnel et éventuellement, Peter aurait rompu avec son traitement en unité de jour en cas d'intervention intempestive de la part de l'infirmière en question.

La compréhension de la relation Peter-infirmière nous a ouvert celle de la relation Peter-sa mère et, par la mise en évidence de la répétition, a rendu possible une plus grande distance du patient par rapport à la croyance qu'un certain nombre de personnes arrivaient à contrôler sa pensée. Nous reviendrons sur ce cas par la suite.

Nous allons aborder le problème des massages que nous utilisons aussi avec une assez grande fréquence. Nous les prescrivons lorsque nous désignons une diminution rapide d'un état d'angoisse associé à un épisode de dépersonnalisation aigu.

Nous imaginons les subits désinvestissements libidinaux du corps comme semblables à ceux d'une partie de la réalité extérieure par désinvestissement du moi qui organise les relations dehors-dedans. Mais, à la différence de la réalité externe, le corps, même s'il est désinvesti libidinalement, continue à appartenir au schizophrène et une intervention sur ce même corps peut favoriser son rapide réinvestissement. D'où l'importance des gratifications directes ou symboliques du corps du schizophrène, dans les états de dépersonnalisations aiguës.

Dans les massages, il y aurait une gratification directe. Les perfusions et les médicaments prendraient un aspect de plus en plus de réalisation symbolique, dans le sens de Séchehaye (82). Comme cet auteur l'a suggéré, une réalisation symbolique et, à notre avis, encore davantage une gratification directe doivent tenir compte de l'ensemble de la vie psychique du patient qui a une histoire et qui est un adulte.

Nous devons savoir que le surmoi n'accepte pas n'importe quel type de gratification. Nous voyons le problème des gratifications en rapport avec les aspects du surmoi subordonnés à certains patterns culturels, et dans son intrication avec des caractéristiques psychopathologiques spécifiques des schizophrènes.

Pour rendre acceptables les techniques psycho-corporelles par rapport aux intériorisations des patterns culturels à la mode, nous "médicalisons" ces interventions. Toute l'ambiance des massages est médicale. L'équipe soignante n'utilise la blouse blanche que dans ce type d'intervention. Nous considérons cette mise en scène plus adéquate dans une civilisation industrielle dont les mythes sont plutôt technocrates, que la "pomme" de Séchehaye plutôt digne d'une civilisation agricole...

Nous réservons les interventions impliquant les attouchements corporels au moment des crises et nous les abandonnons à peine la crise dépassée. L'exemple qui va suivre nous permet de mieux comprendre notre attitude.

Au début de notre travail au Centre de traitement de jour de Carouge, nous avons soigné une patiente d'une vingtaine d'années et que nous appellerons Anne. Cette patiente présentait des troubles importants depuis l'adolescence. Elle était extrêmement instable dans ses études, ses relations avec père et frères, amants et amis. La déchéance d'Anne l'a amenée à une quasi impos-

sibilité de terminer ses études, à effectuer des départs épisodiques dans différents pays européens où elle effectuait de petits travaux et à se laisser de temps en temps entretenir soit par un amant, soit par quelqu'un de sa famille.

Les dernières années, il était progressivement apparu un rituel obsessionnel qui la protégeait d'abord de la crainte de la contamination intellectuelle et par la suite la conduisit à une réduction progressive des choix alimentaires. Elle avait subi une importante perte de poids.

Quelques mois avant son traitement chez nous, Anne faisait souvent des épisodes d'angoisse avec crainte délirante que des inconnus n'entrent dans sa chambre pour la tuer. Ces épisodes étaient accompagnés de sentiments que son corps lui était complètement étranger. Parfois, elle commettait d'importants actes d'auto-mutilation, comme s'écraser un bras ou un pied avec une brique pour que l'on s'occupe d'elle, pour qu'on "la recouse" et qu'on la plâtre, ce qui avait été le cas.

Peu de temps avant son hospitalisation, Anne avait fait un épisode psychotique extrêmement angoissant. Alors qu'elle était en train de se regarder dans un miroir, elle eût l'impression subite que son visage se déformait, que sa chair pourrissait. Elle se sentait entourée par un corps mort. Anne avait aussi l'impression que les objets à leur tour bougeaient et pourraient l'étouffer d'un moment à l'autre.

Les premiers jours de son traitement au Centre de jour, nous avons décidé de pratiquer des massages. L'infirmière de la prise en charge s'en est occupée avec des résultats spectaculaires : tous les symptômes de dépersonnalisation et paranoïdes ont disparu. Le syndrome obsessionnel demeurerait, ainsi que des troubles de contact. Anne était très agressive avec soignants et soignés dans le but de les maintenir à distance. Nous nous sommes rapidement rendus compte qu'Anne était une fille extrêmement fine et intelligente.

Surpris de notre succès et désireux de l'aider davantage, nous avons discuté de la suite dans une réunion de synthèse. Nous avons décidé d'envisager une prise en charge de longue durée, débutant par un traitement dans l'institution pour rendre possible une suite psychothérapeutique en relation duelle. Peu expérimentés dans le maniement des massages (c'était la première fois que nous utilisions cette technique dans notre travail), nous avons décidé de recommencer une nouvelle série de massages. Le jour même où nous l'avons proposé à Anne, elle est partie sans aucune explication.

Dans des situations semblables, nous respectons la rupture du traitement mais écrivons au patient en lui proposant un entretien pour discuter de la situation en lui laissant en général une porte de sortie (comme nous téléphoner s'il ne veut pas venir), dans le but de diminuer la culpabilité en cas de rupture et pour rendre une nouvelle approche moins difficile. Anne a maintenu une relation épistolaire avec l'infirmier de la prise en charge qui n'avait pas été impliqué dans les massages. Finalement, elle est

revenue nous voir d'une façon très épisodique et nous avons compris ensemble qu'elle avait très mal supporté la proposition d'une deuxième série de massages : elle se sentait envahie par l'infirmière et imaginait qu'elle pouvait avoir des intentions sexuelles inavouables. Postérieurement, à la suite d'un nouvel épisode délirant, où Anne croyait avoir de petites bêtes rongeant son corps, elle s'est décidée à revenir au Centre de traitement de jour.

Cet exemple nous permet de comprendre un des aspects de la psychopathologie des schizophrènes assez typique concernant la quête d'une distance supportable avec les thérapeutes. Dans ce mouvement d'approche-fuite, de dépendance-indépendance, il y a souvent des ruptures en rapport avec la confusion entre le fantasme de séduction et celui de dévoration qui correspondent à une superposition des angoisses de castration et morcellement.

La deuxième série de massages avait été vécue comme une manœuvre de séduction qui a produit un effet contraire à celui désiré : fantasme de dévoration, angoisse de morcellement et fuite pour garder son corps entier.

Dans la suite du traitement d'Anne, le travail que nous avons fait sur le fantasme de séduction-dévoration a été capital. Nous avons pu comprendre beaucoup d'aspects de son instabilité dans la relation où les interlocuteurs étaient rapidement vécus comme envahissants; l'anorexie et le désinvestissement libidinal du corps (le corps pour les petites bêtes), comme un mouvement d'ascèse où le renoncement à la sexualité et à la nourriture était confondu.

Ces deux exemples nous montrent l'importance de pouvoir intégrer dans le traitement centré sur chaque malade, des éléments qui concernent directement les autres membres de l'équipe soignante. Dans ces deux cas, nous avons mis en évidence des éléments capitaux pour la suite du traitement. Les patients ont abordé en la présence des personnes impliquées, les difficultés relationnelles ce que les schizophrènes, en général, ont tellement de peine à faire dans le cadre familial ou de leur entourage proche.

Nous avons aussi montré comme l'investissement des autres thérapeutes de la prise en charge qui n'étaient pas mis sur la touche s'est révélée nécessaire pour que cette éventualité soit possible.

Commentaire

Ce qui se passe avec les traitements psycho-biologiques, se passe dans le groupe d'animation, au thé, durant les jeux d'échecs, etc. Nous avons progressivement essayé de structurer l'ensemble du travail institutionnel, tenant compte de la trithérapie. Ainsi, dans les groupes d'animation, dans les groupes d'expression corporelle, dans le travail d'assistante sociale, nous essayons toujours d'introduire les infirmiers qui s'occupent des malades. Nous cherchons à pouvoir reprendre dans les entretiens centrés sur chaque malade tout un monde d'informations significatives.

Le patient vit dans l'institution une quantité de possibilités d'échanges qui le stimulent et le révèlent continuellement. La trithérapie nous semble une technique adéquate qui, associée aux grands groupes institutionnels et aux séances d'équipe, peut devenir un des piliers des traitements institutionnels.

Comme nous l'avons signalé dans la révision bibliographique concernant les autres thérapies collectives, la trithérapie est un lieu privilégié pour permettre une formation continue des membres de l'équipe thérapeutique. Les thérapeutes sont stimulés pour parler de leurs craintes, espoirs, déceptions. Les psychothérapeutes expérimentés, leaders de chaque groupe de trithérapie, doivent en donner l'exemple. D'ailleurs, la possibilité de parler de nous-mêmes dans une perspective de résonnance dans la relation avec les schizophrènes, rend les infirmiers incomparablement plus à l'aise dans leur travail et augmente leur compréhension et collaboration dans la stratégie des soins; ils se sentent protégés par les psychothérapeutes leaders de chaque groupe de trithérapie et deviennent de moins en moins susceptibles d'agir leurs sentiments par rapport aux avatars de traitements si difficiles. Les sentiments de frustration diminuent, ce qui augmente énormément la disponibilité de l'équipe et ses possibilités thérapeutiques.

Les tendances que l'on trouve presque toujours dans les institutions psychiatriques seront plus facilement tenues en échec, tendances à créer dans la relation soignants-soignés des processus défensifs globaux qui aboutissent à réifier les schizophrènes, souvent réduits à une position masochiste dans la relation avec l'institution et symbiotique avec les murs de l'institution.

4. LA FAMILLE

Il est difficile de conceptualiser la pratique des traitements impliquant des thérapies institutionnelles et familiales, car nous nous trouvons en général face à deux abords différents des troubles psychiques.

Dans l'institution, nous sommes surtout attentifs à ce qui se passe entre les soignants et les soignés. L'abord psychothérapeutique est fait, sur la base de la croyance que les schizophrènes, par pathoplastie dans les structures institutionnelles, et par tendance de l'appareil psychique à répéter ces patterns de comportement, peuvent recréer à l'intérieur du cadre thérapeutique leurs types de communication et de relation les plus typiques, actuelles ou passées. Une psychiatrie dynamique structure l'essentiel de sa stratégie psychothérapeutique dans la reconnaissance de la différence existant entre l'actuel, que les thérapeutes proportionnent aux malades dans un cadre donné et les tendances de ces derniers à vouloir toujours reconstituer des situations semblables. L'idée de répétition peut être comprise si nous considérons que l'appareil psychique du patient a été habitué à répondre à un certain nombre de situations de la manière la plus adaptée possible, ayant de la peine à donner de nouvelles réponses à des situations à leur tour différentes. Nous nous intéressons à connaître

les différentes structures dynamiques de l'appareil psychique du patient et à comprendre comment son expérience vécue l'a amené à ces différents types de fonctionnement. Nous espérons, par un biais d'expériences différentes, l'amener à son tour à trouver d'autres modèles de fonctionnement.

Les choses se passent différemment dans les thérapies de familles. Dans ces cas, nous sommes obligés d'intervenir dans ce qui se passe entre les différents membres de la famille, à postuler une interdépendance des protagonistes (41, 37, 92). Le changement survient par des transformations dans l'ensemble familial. Nous agissons sur leurs transactions réelles.

Nous avons l'impression que ces deux techniques, même si elles sont valables dans différents contextes, ne peuvent pas être utilisées en même temps. Procéder autrement ne serait qu'introduire un élément de confusion de plus dans le vécu des schizophrènes.

Il nous est difficile d'imaginer comment nous pouvons centrer un traitement à la fois sur ce qui se passe dans l'institution et dans ce qui se passe réellement dans le cadre familial.

Notre attitude est la suivante : tant que le patient est en traitement au Centre de jour, nous essayons de prendre à l'intérieur de l'unité le maximum de la conflictualité du patient, déchargeant de ce fait la famille. Nous ne le considérons jamais ni comme une victime, ni comme responsable des problèmes familiaux. Mais nous considérons qu'en proportionnant des changements chez le patient il est possible de changer la relation dans le cadre familial.

Cela ne veut pas dire que nous ne faisons pas de prises en charge de la famille dans des situations et dans des contextes donnés. Nous le faisons toujours avec l'accord préalable du patient et de la famille : nous considérons que le premier droit de chaque patient que nous soignons est de nous obliger à garder le caractère privé de son traitement.

Nos interventions sont limitées dans le temps, extrêmement claires dans leurs objectifs, toujours au niveau du moi : organiser le déplacement du patient, ce qui concerne le travail, discuter d'une équivoque dans le circuit d'informations patient-soignants-famille. Mais nous n'entrons que rarement et qu'avec l'accord du malade dans des détails concernant le processus psychothérapeutique. Dans les cas où les familles sont concernées, nous discutons surtout des problèmes concrets qui rendent le traitement possible et sa fin viable. D'ailleurs, seulement 50 % environ de nos patients vivaient avec leurs parents ou le conjoint.

Il ne faut pas croire que même les patients entièrement seuls ne peuvent pas être de très bonnes indications de traitement au Centre de jour. Souvent dans les cas aigus, il leur suffit de se sentir entourés pour que la crise diminue.

Dans l'optique qui est la nôtre, nous pensons que la trithérapie augmente les possibilités d'identification des différents membres de la famille

avec les thérapeutes. Elle leur donne aussi un modèle de fonctionnement où la complémentarité et le contrat sont possibles, lorsque apparemment, dans les familles des schizophrènes il y a une très grande difficulté à assumer les rôles de complémentarité (entre les parents et dans la relation parents-enfants) et à vivre la famille comme un contrat avec un ordre social, les désignant dans leurs différentes fonctions : parentale, filiale, d'époux, de fratrie.

Elle offre aussi une capacité d'amortir les changements d'attitudes des membres de la famille par rapport à ses thérapeutes, diminuant ainsi les risques de rupture ou de mauvaise collaboration dans le traitement. Les cas précédemment décrits dans les traitements à domicile en sont par certains aspects des exemples.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ABRAHAM K., 1916-1917
Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido
D.C. T II, Payot, Paris, 1966

- 2) ABRAMCZUK J., GAJEWSKA G., GROCHOCKA Z., SKRZYWAN T., 1968
Some difficulties encountered in the management of a
Psychiatric Day Unit
Int. J. Soc. Psychiat., 14/2, 141-144

- 3) ABRAMCZUK J.
The type of leadership and the topics of Discussion in a
large open Group : Observations on community meetings
Int. J. Soc. Psychiat., 1, 53-60

- 4) AMIEL R., CHANOIT P., 1968
Critères de fonctionnement en hospitalisation partielle
Inform. psychiat., 3, 267-270

- 5) AYME J., 1965
Attitude interprétative dans le transfert en thérapeutique
institutionnelle
Psychothérapie institutionnelle, 1, 71-79

- 6) BENEDETTI G., 1965
Le problème de la régression psychotique dans la psychothérapie
individuelle
Psychother. Schizophrenie (Kargel, Basel/N.Y.), 168-176

- 7) BERAN M., 1961
Combined Individual and Group Therapy within a hospital team
set-up.
Int. J. Group. Psychother., 3, 313-318

- 8) BLEANDONU G., DESPINOY M., 1974
Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté
Payot, Paris, 1974

- 9) BLEGER J., 1966
Psicohigiene y psicologia institucional
Ed. Paidós, Buenos-Aires

- 10) BLEGER J., 1967
Simbiosis y ambigüedad. Estudio Psicoanalítico
Ed. Paidós, Buenos-Aires

- 11) BULLARD D.M., 1948
The Organization of the Psychoanalytic Procedure in the
Hospital
J. Nerv. and Ment. Dis., 91, 697-703

- 12) CAMERON D.E., 1950
The Day Hospital, an Approach for expanding Hospital
facilities.
Mental Hospital

- 13) CAMERON J.L., 1963
Patient, Therapist and administrator : Clinical and
theoretical considerations of a conflictual Situation
Brit. J. Med. Psychol., 36, 13, 13-24

- 14) CHAIGNEAU H., 1968
Prise en charge institutionnelle des sujets réputés
schizophrènes
Confrontations psychiatriques, 2, 157-172

- 15) CHASSEL J., 1940
Psychoanalytic Therapy in a Mental Hospital
Psychiatry, 3, 161-188

- 16) CHESSICK R.D., WASSERMAN E.M., HUELS M., GERTY F.J., 1959
The psychiatric Ward Administrator
Mental Hospital, 10, 7-10

- 17) COWDEN R.C., ZAX M., HAGNE J.R., FINNELLY R.C., 1956
Chlorpromazine : alone and as an adjunct to group psychotherapy
in the treatment of Psychiatric Patients
Amer. J. Psychiat., 112, 898

- 18) DIATKINE R., 1968
L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des
malades mentaux et, éventuellement, à l'organisation d'institutions
destinées à les traiter
Racamier P.C., Le psychanalyste sans divan,
P.U.F., 1970, 15-42

- 19) DREYFUSS, 1970
 Psychanalyse et institution. Considérations théoriques
 et cliniques.
 Inf. Psychiat., 10, 925-934

- 20) EISSLER K.R., 1947
 Psychiatric ward Management of the acute Schizophrenic
 Patient
 The Journal of Nervous and Mental disease, 4, 397-401

- 21) FAURE H., 1966
 Les objets dans la folie. Les appartenances du délirant.
 P.U.F.

- 22) FIGUEIREDO E., DESTOUCHES P., POSSE S., 1976
 Episodes psychotiques aigus en unité de jour.
 Référence à la prise en charge par trois soignants.
 Inf. Psychiat., 4, 433-440

- 23) FREUD S., 1901
 L'interprétation des rêves
 P.U.F., Paris, 1971

- 24) FREUD S., 1904
 Tecnica Psicoanalitica
 OCE, 1968, V II, 393-455

- 25) FREUD S., 1916
 Introduction à la psychanalyse
 Petite Bibliothèque Payot, 1966

- 26) FRIEDMAN R.J., GUNDERSON J.G., FEINSILVER D.B., 1973
 The psychotherapy of schizophrenia : An NIMH Program
 Amer. J. Psychiatry, 130 : 6, 674-677

- 27) FROMM-REICHMANN F., 1939
 Transference in schizophrenia
 Psychoanal. Quart., 8, 412-426

- 28) FROMM-REICHMANN F., 1947
 Problema del tratamiento terapeutico en un hospital
 Psicoanalitico
 Psicoterapia en las psicosis. Ed. Hormé, 1962, 35-64

- 29) FROMM-REICHMANN, 1948
 Notas sobre el desarrollo del tratamiento de los
 esquizofrénicos mediante la psicoterapia psicoanalitica
 Psicoterapia en las psicosis. Ed. Hormé, 1962, 65-85

- 30) FROMM-REICHMANN F., 1954
 Psychotherapy of schizophrenic
 Amer. J. Psychiat., 6, 410-419

- 31) FROMM-REICHMANN F., 1957
 Problemas basicos de la psicoterapia de la esquizofrenia
 Psicoterapia en las Psicosis. Ed. Hormé, 1962

- 32) FRIED Y., BRULL F., 1972
 Intensive Psychotherapy for Acute Psychiatric.
 Patients in a Day Hospital Seeting in Israël : Theoretical
 Considerations
 Brit. J. Psychiat., 121, 635-639

- 33) GEACHAN D.J., 1970
 Psychothérapie des psychoses en milieu institutionnel
 Inform. Psychiat., 46 : 6, 601-602

- 34) GENEVARD G., JORDI P., 1968
 Essai d'évaluation des concepts de status et de fonction
 des cothérapeutes de groupe. Pratique de la psychothérapie
 en groupe. II. Les techniques
 P.B. Schneider (éd.) P.U.F.-G.E., Giunti et G. Barbere universitaire

- 35) GRESSOT M., 1967
 L'interdit de l'inceste précurseur et noyau du surmoi oedipien
 organise la différenciation individo-sociale en garantissant
 la dualité des sexes.
 Revue Française de Psychanalyse, 1060-1087

- 36) GUY W., GROSS M., HOGARTY E., DENNIS H., 1969
 A Controlled Evaluation of Day Hospital Effectiveness
 Arch. Gen. Psychiat., 20, 329-338

- 37) HALEY J., 1959
The family of the schizophrenic a Model System
J. Nerv. and Mental. Dis., 129, 357-374

- 38) HAMILTON D.M., 1954
Success ful Restoration of schizophrenics following
longterm intensive Psychotherapy
Amer. J. Psychiat., 110, 578-584

- 39) HAYNAL A., 1967
Au sujet d'une expérience de psychothérapie pavillonnaire
en hôpital psychiatrique
Psychothér. Psychosom., 15, 313-325

- 40) HINSIE L.E., 1927
The psychoanalytic treatment of schizophrenia
Psychiat. Quart., 6 : 1, 313-327

- 41) JACKSON D., 1957
The Question of Family Homeostasis
Psychiat. Quart. Suppl., 31, 79-90 (1ère partie)

- 42) KAUFMANN L., 1967
l'Oedipe dans la famille des schizophrènes
Revue Française de Psychanalyse, 1145-1150

- 43) KERNBERG O.F., 1971
Toward an Integrative Theory of hospital treatment
Présenté à la séance plénière de l'Annuel Meeting of
the Central Neuropsychiatric Hospital Association,
Chicago, Illinois, 11 - III - 1971 (polycopié)

- 44) KLEIN M., 1934
Contribution à l'étude de la psychogénèse des états
maniaco-dépressifs
Essais de psychanalyse., Ed. Payot, Paris, 1972

- 45) KLEIN M., 1946
Notes sur quelques mécanismes schizoïdes
Klein M., Heimann P., Isaacs S., Rivière J.
Développements de la psychanalyse, P.U.F., 1966, 274-300

- 46) KLEIN M., 1957
Envie et gratitude. Envie et gratitude et autres essais.
Ed. Gallimard, 1968, 13-93
- 47) KNIGHT R.P., 1937
Psychoanalyses of hospitalised Patients
Bulletin of Menninger Clinic, 1, 158-167
- 48) KNIGHT R., 1953
Tratamiento y Psicoterapia de paciente esquizofrénico Fronteriso
Psiquiatria Psicoanalitica, Ed. Hormé, 1959
- 49) KOECHLIN Ph., 1968
Psychothérapie institutionnelle au regard du malade
Inform., psychiat., 44 : 1, 15-20
- 50) LAVIEC-CHOUKROUN A., 1975
Thérapie dans l'institution. Analyse d'un cas : l'hôpital
de jour du Xe arrondissement.
Thèse pour le doctorat en médecine
- 51) LIDZ T., FLECK S., CORNELISON A., 1965
Schizophrenia and the Family International
Universities Press., N.Y.
- 52) MAHLER M., 1968
Psychose infantile
Payot, Paris, 1973
- 53) MATUSSEK, 1958
La psychothérapie des schizophrènes
Psychanalyse, PUF, 4, 320-333
- 54) MEIJERING W.L., 1960
The interrelation of individual, Group and Hospital
community
Int. J. Psychotherapy Groupe, 1, 46-62
- 55) MORRICE J.K.W., 1973
A Day Hospital's Function in a Mental Health Service
Brit. J. Psychiat., 122, 307-314

- 56) MULLER C., 1958
Les thérapies analytiques des psychoses
Revue française de psychanalyse, 575-617
- 57) OURY J., 1958
La participation de l'infirmier à la psychothérapie
Inform. psychiat., 34, 405-415
- 58) PAUL L., 1964
The extended analytic situation on a psychoanalytic
milieu ward
J. nerv. ment. Dis., 139, 376-380
- 59) RACAMIER P.C., 1957
Sur les conditions techniques d'application de la
psychanalyse aux schizophrènes
Acta psychotherapeutica, 5, 129-146
- 60) RACAMIER P.C., 1967
Oedipe dans les psychoses
R.F.P., 1139-1144
- 61) RACAMIER P.C., 1967
Psychothérapie psychanalytique des psychoses.
La psychanalyse d'aujourd'hui
(Nacht) P.U.F., 2e éd., 1967, 374-519
- 62) RACAMIER P.C., 1970
Le psychanalyste sans divan
Payot, Paris
- 63) RACAMIER P.C., 1970
Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction.
Inform. psychiat., 46 : 8, 745-761
- 64) RACAMIER P.C., 1974
Psychothérapie dans les psychoses
I.M.C. 37819 A 10

- 65) RACLOT M., 1970
Psychanalyse et psychothérapie institutionnelle
Inform. psychiat., 46 : 8, 775-783
- 66) RAPOPORT R., 1960
Community is Doctor
Londres, Tavistock Publ.
- 67) REPOND A., 1921
Quelques remarques sur le traitement de la schizophrénie
dans les asiles
Arch. Suisses Neurol., 8, 190-199
- 68) RICKELMAN B., 1968
Some problems of Day Hospitals in Community Care of
Mentally Ill.
Comm. Ment. Health J., 4, 225-233
- 69) ROHEIM G., 1967
Psychanalyse et anthropologie
Ed. Gallimard
- 70) ROSENFELD H., 1950
Remarques sur la psychopathologie des états confusionnels
dans les schizophrénies chroniques.
Etats psychotiques., PUF, 1976, 71-84
- 71) ROSENFELD H., 1965
Recherche sur le besoin des patients névrosés et psychotiques
de produire des acting out durant leur analyse
Etats psychotiques, PUF, 1976, 259-279
- 72) ROSENFELD H., 1971
Contribution to the psychopathology of psychotic stades : the
importance of projective identification in the ego structure
and the object relations of the psychotic patients
Problems of psychosis, Doncer P., Laurin C., Excepta Medica
- 72b) ROSENFELD H., 1954
Réflexions sur l'approche psychanalytique de la schizophrénie
aiguë et chronique
Etats psychotiques, PUF, 1976, 151-165
- 73) SAFIRSTEIN S.L., 1967
Institutional transference
Psychiat. Quart., 41, 557-566

- 74) SAFIRSTEIN S.L., 1971
Le transfert institutionnel. Une dimension dans le traitement des schizophrènes
Inform. psychiat., 10, 869-881
- 75) SCHLESINGER H., HOLZMAN P.S., 1970
The therapeutic aspects of the hospital milieu
Bull. of the Menninger Clinic, 1, 1-11
- 76) SEARLES H., 1959
Effort pour rendre l'autre fou. Un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie.
N.R. psychanalyse, Gallimard, 12, 23-47, 1975
- 77) SCHWING G., 1940
A way to the soul of mentally ill.
Int. Univ. Press, N.Y., 1954
- 78) SCHWEICH M., GRIN E., NICOLLE R., 1955
Aspects techniques de l'ergothérapie à bas niveau
Annales médico-psychologiques, 5 : 12, 844-848
- 79) SCHWEICH M., MARGAT P., FORZI C., 1955
A propos de la psychothérapie à caractère psychanalytique des schizophrènes. Signification de la méthode.
Evol. psychiat., 359-394
- 80) SCHWEICH M., 1953
La psychothérapie des schizophrènes
Encéphale, 63-87
- 81) SECHÉHAYE M.A., 1959
Techniques de gratification en psychothérapie analytique des schizophrènes. Indications et contre-indications.
2e symp. int. psychothér., schizophrénie, Karger, Basel, N.Y., 1960, V 2, 221-236
- 82) SECHÉHAYE M.A., 1960
Techniques de gratification en psychothérapie analytique indications et contre-indications.
Evol. psychiat., 25, 3, 297-382 et 4, 559-584

- 83) SECHEHAÏE M., 1965
Les divers aspects du Moi schizophrénique. Psychothérapie
schizophrénique
Karger, Basel, N.Y., 1-6
- 84) SIMMEL E., 1929
Psychoanalytic treatment in a sanatorium
Internat. Zschr. Psychoanal., 10-70
- 85) SIMMEL E.C., 1937
The psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytic Movement
Bulletin of the Menninger Clinic, 1 : 5, 133-143
- 86) SINGLE M.M., 1973
Psychopharmacological study of schizophrenia - Some ways
out of an Impasse
Int. Pharmacopsychiat., 8, 80-98
- 87) SLAVSON S.R., 1973
La psychothérapie de groupe
P.U.F.
- 88) STANTON SCHWARTZ M.S., 1954
The Mental Hospital
N.Y., Basic Books
- 89) TORRUBIA H., 1965
Analyseurs et interprétation du transfert en thérapeutique
institutionnelle
Psychothérapie institutionnelle, 1, 83-88
- 90) TRUNNEL T.L. SEMBAD Ev., 1967
Object anxiety and primitif defenses in schizophrenic
The Journal of Nervous and Mental Diseases, 2, 109-110
- 91) VAUTHIER C., 1966
Le maniement psychothérapique de la psychopharmacologie.
Trois ans d'expériences avec l'Insidon Geigy
Excepta Medica International, Congress Series No 150,
2172-2174

- 92) WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D., 1967
Une logique de la communication
Ed. du Seuil, Paris, 1972

VII BILAN DES TRAITEMENTS

1. Les cas psychiatriques généraux
2. Les épisodes schizophréniques aigus

1. LES CAS PSYCHIATRIQUES GENERAUX

Le tableau No 6 nous donne une idée sur la provenance des 220 patients soignés au Centre de traitement de jour de Carouge durant les années 1972, 1973, 1974. Les patients qui nous ont été proposés par l'ensemble des services du CPSU (82 %) et par les médecins privés (10 %) représentent 92 % de l'ensemble. Il n'y a que le 5 % qui nous a été envoyé en post-cure par la clinique psychiatrique de Bel-Air. Nous trouvons donc, par rapport à l'origine des malades, un apport ambulatoire nettement prédominant. Nous avons étudié la notion de prévention de l'hospitalisation à court terme et l'avons trouvée dans 80 % des cas environ.

Nous avons aussi cherché la notion de décompensation aiguë ou sub-aiguë et de traitement de jour remplaçant une hospitalisation à temps complet. Nous les avons trouvées ensemble dans 71 % des cas.

Par rapport à la durée de traitement, 70 % des patients sont restés à l'unité de jour pour une durée inférieure à trois mois et nous avons pu éviter l'hospitalisation en clinique pour 85 % des cas (tableau No 7)

Nous pouvons conclure que le Centre de traitement de jour a rempli les objectifs qui lui ont été assignés par rapport aux 220 malades soignés entre 1972-1975 :

1. la grande majorité des entrées sont ambulatoires (95 %);
2. la grande majorité des sorties reste ambulatoire (85 %);
3. la majorité des patients nous ont été proposés afin d'éviter l'hospitalisation (80 %) dont 71 % en état de décompensation aiguë ou sub-aiguë;
4. nous nous sommes occupés de la plupart des malades dans un délai inférieur à trois mois (70 %).

La confiance qui nous a été accordée et notre intégration dans un ensemble extra-hospitalier plus vaste fut la condition nécessaire qui a permis au Centre de traitement de jour de Carouge d'atteindre ces objectifs.

La possibilité d'utiliser l'hôpital psychiatrique et la bonne collaboration entre ces services ont permis de prendre un certain nombre de risques que nous n'aurions pu prendre autrement. Nous avons utilisé l'hôpital psychiatrique dans certaines situations, soit comme hôpital de nuit, soit pour des hospitalisations à temps complet (dans l'ensemble 33 cas, soit 15 %) et nous avons repris 1/3 environ de ces patients.

Nous allons étudier la fonction du Centre de traitement de jour dans la prévention des hospitalisations dans le secteur géographique du Centre psycho-social universitaire où nous travaillons (secteur Jonction) depuis septembre 1973. Notre observation se porte sur les 6 derniers mois de 1974. Ce n'est que pendant cette période que nous avons trouvé les éléments nécessaires. Dans cet intervalle, il y eut 277 hospitalisations en clinique et 25 à l'unité de jour. Les certificats d'hospitalisation ont pratiquement tous été établis par des médecins rattachés au Centre psycho-social ou par des médecins privés. La notion de sectorisation géographique n'ayant pas été appliquée d'une manière stricte par les médecins privés, nous n'avons pu comparer le pourcentage des patients qu'ils ont hospita-

TABLEAU No. 6

PROVENANCE DES PATIENTS :

Consultations (CPSU)	47 %
Antenne à l'Hôpital général (CPSU)	19 %
Garde (CPSU)	13 %
Médecins privés	10 %
Clinique Psychiatrique	<u>5 %</u>
Ateliers Thérapeutiques (CPSU)	3 %
Autres (directement etc)	3 %

TABLEAU No. 7

ORIENTATION DES PATIENTS A LA SORTIE :

Consultations (CPSU)	26 %
Médecins du Centre de Traitement de Jour	23 %
Clinique Psychiatrique	<u>15 %</u>
Non suivis	15 %
Médecins privés	9 %
Ateliers Thérapeutiques	4 %
Autres (Hôpital général, étranger, sans renseignements)	8 %

lisés à la Clinique ou à l'unité de jour. L'utilisation du Centre de traitement de jour de Carouge par ce groupe de médecins est cependant inférieure à celle de leurs confrères travaillant au CPSU, une des raisons étant qu'ils sont moins informés. En ce qui concerne le CPSU, la distribution a été faite de la manière suivante : 143 certificats d'hospitalisation (89 %) ont été signés par des médecins du Centre (dont 13 pour des patients qui se sont présentés directement à la clinique) et 16 (11 %) envoyés à l'unité de jour.

Nous pouvons conclure que le Centre de traitement de jour de Carouge a une fonction très limitée dans la prévention des hospitalisations en clinique, pour le secteur géographique qui lui est assigné, celle-ci est bien inférieure au chiffre le plus élevé signalé dans la littérature à ce sujet (2 patients à l'unité de jour pour un patient à la clinique).

Plusieurs facteurs extrêmement complexes semblent conditionner la diminution du nombre d'hospitalisations psychiatriques dans une région donnée. Nous en énumérons 6 parmi ceux que nous considérons les plus importants :

1. les facteurs socio-culturels : allant de l'attitude subjective des populations en général et de ses différents groupes sociaux, par rapport aux personnes qui entrent dans le rang des cas psychiatriques, jusqu'à la disponibilité sociale de prise en charge par ces mêmes groupes et personnes;
2. l'existence d'une politique psychiatrique communautaire d'ensemble, décidée à favoriser la prise en charge communautaire;
3. l'existence d'une loi "libérale" réglementant les hospitalisations psychiatriques;
4. l'existence d'un ensemble efficace d'équipements diversifiés et de cadres dans la pratique psychiatrique ambulatoire.

A l'appui des données bibliographiques que nous avons signalées auparavant, se rapportant à la prévention des hospitalisations, nous pouvons avancer l'importance des facteurs d'ordre organisationnel et de formation des thérapeutes. (Voir chapitre III, 1)

5. L'existence pour un secteur donné, de dispositifs d'urgence qui seraient, pour les proposant et les recevant, centralisés et en intime collaboration;
6. une bonne formation des responsables de ces unités d'urgence.

Face à la complexité de ces facteurs, relevons les problèmes concernant les dispositifs d'urgence et la formation.

Nous référant aux nombreuses provenances des patients adressés au Centre de traitement de jour de Carouge (tableau No 6) nous pensons qu'il y a certainement des situations inchangeables comme le droit des différents médecins, qu'ils soient des Services de consultations du CPSU ou privés, de nous envoyer ou d'hospitaliser les patients qu'ils suivent. Nous ne croyons pas à l'avantage, bien au contraire, d'une quelconque interférence dans une relation thérapeutique établie. Dans ce cas, la prévention de l'hospitalisation doit se faire déjà à l'hôpital pour les patients qui y sont envoyés.

Lorsque l'intervention des médecins est ponctuelle dans les cas d'urgence cette situation est différente, elle se rencontre dans les interventions du service de garde de l'Association des médecins de Genève, du Service de garde du CPSU et dans le service d'urgence de l'antenne CPSU à l'hôpital général. Etudions le service de garde du CPSU où les problèmes consécutifs à l'organisation et à la formation peuvent apparaître d'une façon assez évidente.

La garde du CPSU est assurée pour une durée de 24 heures par un médecin-assistant. A la fin de l'année, le nombre de jours de garde, (semaines et week-ends) est plus ou moins le même pour chaque médecin. Le médecin-assistant assume seul la garde. Les appels de patients sont généralement d'urgence. Pendant quatre ans de fonctionnement, le Service de garde du CPSU totalise 4'738 interventions (du 1er janvier 1971 au 1er janvier 1975).

Nous avons cherché : 1 - les attitudes différentes des assistants concernant l'utilisation de la clinique psychiatrique; 2 - les différences dans l'utilisation de la Clinique psychiatrique par rapport à l'unité de jour par des groupes d'assistants dont l'expérience psychiatrique est différente et selon les divers moments de la journée.

Les médecins qui interviennent dans le cadre de la garde sont placés dans des situations analogues. Nous basant sur un nombre important d'interventions nous pouvons admettre que les différences dans le choix thérapeutique ne dépendent que du médecin. Parmi quarante médecins de garde qui ont effectué chacun, de 52 à 187 interventions, nous constatons que le pourcentage des décisions d'hospitalisation varie entre 21 % et 53 %. Cela nous paraît une différence importante (sur 10 interventions, il y aurait 2 à 5 hospitalisations).

Pour étudier les différences d'utilisation de l'unité de jour et de la Clinique, nous avons essayé de voir si la fermeture de l'hôpital de jour, la nuit et le week-end, rendait à ces moments là la possibilité d'utilisation de cette unité psychiatrique difficile. Nous avons comparé le nombre de patients envoyés à l'unité de jour, à la Clinique et ailleurs (consultations, traitement ponctuel, etc.) pendant les heures de fonctionnement de l'unité de jour, pendant les week-ends et la nuit.

Les données indiquées dans le tableau No8 révèlent une différence significative dans l'utilisation de l'unité de jour par rapport à la clinique et à l'ensemble des interventions de garde. L'unité de jour serait plus utilisée pendant les heures d'ouverture. Cette différence se comprend aisément : l'équipe de cette unité est alors atteignable pour les propositions éventuelles et peut donner une réponse institutionnelle rapide aux situations d'urgence.

D'autre part, l'étude est orientée sur les différences d'utilisation de l'unité de jour et de la Clinique pendant les heures de fonctionnement de l'unité de jour par deux groupes de médecins-assistants ayant une formation différente : les assistants des équipes de consultations et ceux du Centre de traitement de jour. Ici aussi, les valeurs indiquées dans le tableau No9 révèlent une différence significative : les médecins-assistants du Centre de traitement de jour utilisent davantage

TABLEAU No. 8

UTILISATION DANS LE TEMPS, PAR LE SERVICE DE GARDE, DU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR ET DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

	CLINIQUE	CENTRE DE JOUR	AUTRES
WEEK-END, NUIT	993 (40,6 %)	27 (1,1 %)	1428 (58,3 %)
SEMAINE	858 (37,5 %)	73 (3,2 %)	1359 (59,3 %)

Le Centre de Jour est plus utilisé, par le service de garde, pendant les heures d'ouverture.

$$(\chi^2 = 27,6 ; \text{ D.L } 2 ; p < 001 ; \frac{d}{\Lambda} = 2,5)$$

TABLEAU No. 9

UTILISATION DU CENTRE DE TRAITEMENT DE JOUR ET DE LA CLINIQUE PAR LES ASSISTANTS PENDANT LE SERVICE DE GARDE

	CLINIQUE	CENTRE DE JOUR	AUTRES
ASSISTANTS DU CENTRE DE JOUR	79 (31,7 %)	21 (8,4 %)	149 (59,8 %)
ASSISTANTS DES EQUIPES DE CONSULTATIONS	639 (38 %)	37 (2,2 %)	1002 (59,8 %)

Les assistants du Centre de Jour, utilisent plus le Centre de Jour pendant le service de garde que les assistants des équipes de consultations.

$$(\chi^2 = 30,3 ; \text{ D.L } 2 ; p < 001 ; \frac{d}{\Lambda} = 2,04)$$

ce centre que les médecins des services de consultations. Cette différence se comprend aussi aisément : les assistants en fonction au Centre de traitement de jour sont plus à même de connaître les possibilités thérapeutiques de cette unité.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Centre de traitement de jour de Carouge a rempli les objectifs qui lui ont été assignés à sa naissance, cependant notre action a été nettement insuffisante quant à l'utilisation des possibilités de prévention de l'hospitalisation dans notre secteur géographique. Le Centre de traitement de jour est limité dans le nombre de places (25 places), mais ce maximum a rarement été atteint et les quelques refus de propositions, plutôt exceptionnels, concernaient des cas que nous jugions insuffisamment critiques.

Nous avons vu comment, dans le cadre de la garde, l'utilisation de l'hospitalisation à temps complet ou de l'unité de jour varie en fonction de problèmes de communication, de formation et de différences d'attitudes individuelles. Ce phénomène révélé par le service de garde, se retrouve certainement dans les services de consultations, dans les interventions des médecins de l'antenne psychiatrique à l'hôpital général et chez les médecins privés. Mais nous ne pensons pas qu'une meilleure information serait suffisante pour diminuer le nombre d'hospitalisations. Les exposés généraux, les discussions dans le cadre des présentations et les réunions de fonctionnement nous semblent largement suffisants, nous pourrions les multiplier à l'infini sans que la situation ne change. Pour atteindre les buts choisis, nous jugeons donc nécessaire que des dispositifs capables d'utiliser la formation et l'information dans un niveau de rentabilité supérieure soient créés.

Ainsi, il nous semble que la création d'un service centralisant toutes les interventions de garde, urgences et admissions psychiatriques du canton de Genève, peut amener la diminution du nombre d'hospitalisations en clinique. Il faudrait pourtant que ce service fonctionne comme un centre de tri et de traitement de très courte durée (48 h. par exemple), faute de quoi nous y retrouverions tous les problèmes de la psychiatrie hospitalière. L'équipe de base serait fixe et le critère de constitution serait la qualité de formation de ses cadres. A l'équipe fixe, viendrait s'associer à tour de rôle, pour une brève période, différents médecins du CPSU. Cette équipe pourrait s'occuper de la formation de ceux-ci, étant donné le caractère de courte durée des traitements. Ce service d'urgences serait, à notre avis, plus en mesure d'utiliser adéquatement les différents dispositifs psychiatriques genevois.

Ce centre faciliterait la prise de décision et la communication entre les diverses unités en différant le moment du choix du cadre de traitement et diminuerait les différences de formation, de critère, de jugement et d'attitude des divers médecins, par le fait qu'il existerait sur place une équipe constante et formée ayant des buts bien précis. Cette réalisation impliquerait un approfondissement de la politique de secteur du canton de Genève, où à la collaboration existante entre la clinique et l'extra-hospitalier s'ajouterait une unité de direction, au moins dans un certain nombre de dispositifs comme celui que nous venons d'envisager.

2. LES EPISODES SCHIZOPHRENIQUES AIGUS

Parmi les 220 malades, 58 présentaient, au moment de l'entrée, un tableau de décompensation schizophrénique aiguë (26 %). Le tableau No 10 nous donne quelques éléments concernant la physionomie sociologique du groupe de patients qui sont entrés en présentant un épisode schizophrénique aigu, indication d'hospitalisation en clinique, le groupe I (26 % des patients); les 162 autres patients, soignés pendant la même époque à l'unité de jour constituent le groupe II (74 % des patients). Dans ce groupe, nous trouvons des schizophrènes non décompensés et d'autres psychoses (cycliques, infantiles, etc.) névroses, états limites, toxicomanes, etc., décompensés ou non décompensés. Dans le groupe I, nous trouvons une prédominance des jeunes, de sexe masculin, étrangers, célibataires, étudiants.

Certains auteurs ont étudié le pourcentage de cas psychiatriques généraux hospitalisés à partir de l'unité de jour : Smith 10,4 (7); Harris 14,7 % (5); Barnard 17 % (1); Salzman 20 % (6). Mais ces unités de jour n'étaient pas spécialisées dans le traitement des cas de décompensations aiguës en prévention des hospitalisations. Parmi les unités de jour ayant comme but de prévenir les hospitalisations, Fried et Brull (4) ont hospitalisé 15 % des patients psychotiques, Chasin (2) 19 % des schizophrènes, Zwerling et Wilder (8) cités précédemment, par rapport au tout-venant ont dû hospitaliser 24 % des schizophrènes et 36 % pendant une certaine période. Nous avons aussi comparé le pourcentage de malades que nous avons dû hospitaliser dans les groupes I et II, de même que la durée moyenne de traitement exprimée en jours. 15 % de nos patients du groupe I, soit 9 malades, furent hospitalisés. Parmi ces 9 malades, 6 (10 %) ont été hospitalisés pendant la phase initiale du traitement, les 3 autres après la quatrième semaine, une fois la phase de décompensation critique dépassée. Le pourcentage d'hospitalisation dans le groupe II est également de 15 %. Quant à la durée moyenne du traitement, nous trouvons la valeur de 90 jours pour le groupe I et 78 pour le groupe II, différence non significative (3).

Nous avons donc comparé le groupe de malades présentant un épisode schizophrénique aigu à l'entrée avec tous les autres patients soignés à l'unité de jour pendant la même période. Le groupe de patients en état de décompensation schizophrénique aiguë représente par rapport autres une prédominance de jeunes, hommes, étudiants, étrangers et célibataires. Le pourcentage des malades que nous avons dû hospitaliser est égal pour le groupe I des épisodes de schizophrénie aigus et pour le groupe II comprenant tous les autres malades. Le temps de traitement des décompensations psychotiques aiguës s'est révélé un peu plus long que le temps de traitement des autres cas, mais cette différence n'est pas significative.

TABLEAU No 10

	Groupe I	Groupe II
Hommes	53,4 %	45 %
Femmes	46,6 %	55 %
Genevois	7 %	16 %
Confédérés	43 %	43,3 %
Etrangers	50 %	40,7 %
Mariés	20,7 %	32,7 %
Célibataires	72,4 %	56,2 %
Divorcés	5,2 %	9,9 %
Veufs	1,7 %	1,2 %
Manuels	55,3 %	74,5 %
Etudiants	43 %	15 %
Cadres ou autres	1,7 %	10,5 %
Age :		
15 à 24 ans	43 %	31 %
25 à 34 ans	31 %	36 %
35 à 44 ans	17,3 %	16 %
45 à 54 ans	5,2 %	13 %
55 à 64 ans	3,5 %	4 %

BIBLIOGRAPHIE

- 1) BARNARD R.I., ROBINS L.L., TETZLAFF F.M., 1952
Day Hospital as Extension of Psychiatric Treatment,
Bull. Menninger Clin. 16, 20, 50 - 56

- 2) CHASIN R.M., 1967
Special Clinical Problems in Day Hospitalization
Amer. J. Psychiat. 123, 779 - 785

- 3) FIGUEIREDO E., DESTOUCHES Ph., POSSE S., 1976
Peut-on soigner les épisodes schizophréniques aigus en unité de jour ?
Schweizerische Rundschau für Medizin PRAXIS, 5, 142 - 146

- 4) FRIED I., BRULL F., 1972
Intensive Psychotherapy for Acute. Psychiatric Patients in a Day
Hospital setting in Israel.
Brit. J. Psychiat., 121, 635 - 639

- 5) HARRIS A., 1957
Day Hospitals and Night Hospitals in Psychiatry.
Lancet, 1, 729 - 731

- 6) SALZMAN C., STRAUS, FUGLE R.P., KAMINS L., 1972
Overnight "Guesting" of Day Hospital.
Patients Comprehensive Psychiatry, 10, 5, 635 - 639

- 7) SMITH S., CROSS E.G.W., 1957
Review of 1.000 Patients Treated at a Psychiatric Day Hospital.
Int. J. Soc. Psychiat., 2, 292 - 298

- 8) ZWERLING I., WILDER J.F., 1964
An Evaluation of the Applicability of the Day Hospital in Treatment
of Acutely Disturbed Patients.
Israel Ann. Psychiat., 2, 2, 162 - 185

CONCLUSIONS

Les unités de jour se différencient des autres formes de traitement de jour parce qu'elles permettent des thérapies à échanges multiples entre le groupe de soignés et celui des soignants pendant une partie de la journée.

Nombre de caractéristiques distinguent les unités de jour des traitements en clinique. Dans les unités de jour, le traitement se fait pendant la journée, les frais sont plus réduits, la pression de l'extérieur plus grande, l'autonomie du patient plus préservée, la crainte de la folie moins éveillée, l'humiliation et la peur de l'institution psychiatrique moins présentes.

D'autres caractéristiques peuvent être développées par les soignants : la qualité du travail d'équipe tend à être de meilleure qualité qu'en clinique; il existe une plus grande possibilité d'utilisation des psychothérapies non directives et une prédominance des modèles thérapeutiques sur les impératifs administratifs. Les unités de jour, à leur tour, bénéficient de leur apparition récente.

De par cet ensemble de caractéristiques, les unités de jour méritent d'être mieux connues, mieux utilisées, pour que les différents services psychiatriques puissent en bénéficier, et par là même, tous ceux dont nous avons à nous occuper.

Depuis l'apparition des unités de jour, la question s'est posée de savoir jusqu'à quel point elles étaient en mesure de s'occuper des patients traditionnellement hospitalisés. Les données de la littérature nous permettent d'affirmer que pour un malade hospitalisé, deux peuvent être soignés dans les unités de jour.

La question essentielle se rapporte aux épisodes schizophréniques aigus : la littérature nous montre que le traitement, au moins partiel, des épisodes schizophréniques aigus dans une unité de jour, en collaboration avec un hôpital psychiatrique, est possible pour environ 75 % des cas et s'avère très probablement, à conditions égales, d'une qualité supérieure aux hospitalisations à temps complet.

Le Centre de traitement de jour de Carouge est une unité de jour rattachée au Centre psycho-social universitaire, du Département de psychiatrie de l'Université de Genève. Dans une politique communautaire de prévention des hospitalisations, le Centre psycho-social universitaire, s'est doté en ce qui concerne la psychiatrie adulte, de Services de consultations, d'ateliers thérapeutiques, d'une antenne psychiatrique dans l'Hôpital général, d'une unité pour toxicomanes, alcooliques, etc.

C'est dans cet ensemble psychiatrique que les hôpitaux de jour ont pris naissance. Le premier fût le Centre de traitement de jour de Carouge. Ses objectifs sont de réduire davantage les hospitalisations, d'intervenir dans les situations d'urgence, d'instituer des thérapies intensives et de

courte durée.

Le Centre de traitement de jour de Carouge fonctionne dans la ville du même nom, du canton de Genève. Depuis 1973, il a été rattaché au secteur Jonction du C.P.S.U. qui couvre environ 120.000 habitants. Durant les années 1972, 1973, 1974, nous avons effectué 220 sorties.

Les traitements utilisés sont très diversifiés. Ils couvrent une gamme variée, étant psychothérapeutiques, corporels, médicamenteux, ludothérapeutiques, de famille. Ils comportent également des visites, voire des hospitalisations à domicile lorsque l'indication s'impose.

Nous avons donné une attention toute particulière au travail et à la formation de l'équipe, de même qu'aux groupes institutionnels, non directifs, fonctionnant en présence de tous les membres de l'équipe et de tous les soignés.

Dans notre fonction de responsable, du Centre de traitement de jour de Carouge, nous avons introduit une technique originale de traitement : la trithérapie centrée sur chaque malade.

Cette formule s'intègre comme recherche de nouvelles techniques thérapeutiques, dans un vaste mouvement de thérapies collectives dont l'efficacité a surtout été remarquée dans le traitement des schizophrènes. Répandues à partir des années 1950, ces thérapies collectives ont pris la forme de : thérapies centrées sur un malade, psychodrame, cothérapie de groupe, thérapies collectives de la famille.

Beaucoup d'avantages leur ont été attribués. Nous allons signaler celles qui nous semblent les plus importantes et qui peuvent trouver une application dans le traitement des schizophrènes. Du côté des thérapeutes, elles facilitent leur formation, augmentent leur tolérance par rapport à des malades particulièrement difficiles, tels que les schizophrènes, accroissent la capacité d'élaboration de la relation et amplifient leur disponibilité en réduisant la frustration. Du côté des malades, les thérapies collectives diminuent les risques de panique homo ou hétérosexuelle, facilitent le dépassement de l'ambivalence, le clivage, rendent la présence du mauvais objet plus intégrable, augmentent les possibilités de transfert et favorisent la manifestation de leur personnalité. Les thérapies collectives diminuent également les impasses thérapeutiques. Les thérapies par couple hétérosexuel permettent la reproduction de situations familiales et facilitent, en temps voulu, le travail centré sur l'identité sexuelle.

Nous considérons les thérapies collectives comme des traitements de choix dans la situation des institutions psychiatriques. Le cadre institutionnel offre aux malades une très grande diversité d'interlocuteurs et d'abords thérapeutiques. Les unités de jour renforcent cette tendance à la diversité des abords et à la multiplicité des interlocuteurs par le fait qu'une des caractéristiques de ce cadre thérapeutique est que l'équipe doit non seulement s'occuper de ce qui se passe à l'intérieur de l'institution, mais souvent, elle doit tenir compte de l'extérieur et même y intervenir.

Parmi l'ensemble des malades, ceux qui ont le plus largement bénéficié de la trithérapie au Centre de traitement de jour de Carouge sont les patients présentant des épisodes schizophréniques aigus. C'est la raison pour laquelle ils ont retenu notre attention au cours de notre travail dans cette unité de soins.

Pendant les épisodes aigus, les schizophrènes soulèvent beaucoup de problèmes. En effet, ils mobilisent intensément leur entourage et sont habituellement objet d'exclusion.

Ces patients sont parfois incapables de faire les démarches nécessaires pour venir au Centre de traitement de jour et nous devons effectuer des visites et hospitalisations à domicile. La présence de l'entourage, surtout de la famille, prend alors beaucoup d'importance. La trithérapie, dans ces cas, augmente la disponibilité de l'équipe. Elle élargit les possibilités identificatoires du patient et de son entourage. Elle donne un modèle à la famille basé sur la collaboration complémentaire et sur la relation contractuelle. Les informations et les investissements relationnels qui ont lieu pendant les traitements à domicile, sont poursuivis au Centre de traitement de jour avec les mêmes thérapeutes.

Dans l'organisation de l'accueil, la trithérapie nous permet de résoudre de nombreuses difficultés survenant dans le traitement des épisodes schizophréniques aigus. Ces patients sont extrêmement sensibles au premier contact et le risque de rupture est grand. Parfois, ils ne sont capables d'investir que des objets inanimés. Un accueil en unité de jour exige une grande disponibilité. Une grande "syntonisation" des soignants avec les malades est alors nécessaire. L'abord doit se faire d'une façon structurée, ce qui n'empêche pas, bien au contraire, la créativité des thérapeutes. La trithérapie permet cette structuration et facilite les investissements personnels.

La trithérapie, par elle-même, nous semble répondre aux problèmes qui se posent dès le début dans la prise en charge des patients présentant des épisodes schizophréniques aigus. Nous savons que ce type de malades éveillent des mouvements contre-transférentiels les plus incontrôlables. La trithérapie potentialise la disponibilité des soignants, leur tolérance, et offre une opportunité excellente pour l'élaboration des mouvements contre-transférentiels.

Selon nous, la trithérapie répond aux exigences qui ont conduit à l'introduction dans l'institution de certaines techniques dont le système bifocal. Elle protège les investissements positifs en favorisant le clivage. Elle respecte certaines défenses du malade, en lui donnant en même temps la possibilité de fonctionner à un niveau bien plus élevé que celui d'une complète fragmentation du moi qui correspond aux états de décompensation aiguë. La protection des investissements positifs, comme cela a plusieurs fois été confirmé par notre expérience, réduit rapidement les manifestations psychotiques qui troublent le contact avec la réalité et rend difficile les traitements ambulatoires.

La présence simultanée de trois thérapeutes, a l'avantage de ne pas placer le schizophrène en face d'un couple, ce qui peut l'amener à la fuite tout court, ou à une fuite en avant vers une problématique oedipienne qu'il est bien loin de pouvoir assumer.

La trithérapie facilite aussi un traitement institutionnel intégré. Les schizophrènes, par leur psychopathologie, ont tendance à investir l'institution d'une façon diffuse, à établir des relations avec d'autres patients et thérapeutes, et à recréer des relations du passé. L'ensemble de l'institution doit être organisé de façon à ce que les schizophrènes, dès leur arrivée, puissent y trouver un cadre organisé.

Traditionnellement, le travail d'équipe, les groupes institutionnels et les thérapies en relation duelle sont les piliers fondamentaux d'un travail institutionnel intégré. Pourtant, beaucoup d'aspects de la vie institutionnelle sont écartés si les abords psychothérapeutiques centrés sur chaque malade se réduisent à cette relation duelle. Dans ce cas, l'ensemble du champ institutionnel est difficilement compris et intégré, comme ce qui se passe dans la ludothérapie, dans les traitements psychobiologiques, etc. Les éléments concernant ces secteurs de la vie institutionnelle, s'ils apparaissent dans le groupe, sont en général très déformés et ne peuvent être élaborés que pour comprendre les grands mouvements institutionnels; dans le travail d'équipe, ces éléments ne sont pas utilisés dans l'ici et maintenant du réseau relationnel concerné, perdant ainsi beaucoup de leur efficacité.

Les infirmiers sont en général les seuls en condition de pouvoir devenir les médiateurs d'un abord psychothérapeutique des patients qui ont été sensibilisés dans les différents lieux et moments de la vie institutionnelle. Les traitements psycho-biologiques prennent une importance particulière dans le traitement des épisodes schizophréniques aigus. Les schizophrènes, réagissent souvent avec une particulière intensité aux relations médiatisées, par exemple, par les médicaments ou les massages. La trithérapie permet d'intégrer les différents moments de la vie institutionnelle dans les traitements centrés sur chaque malade, ce qui est particulièrement important pour le traitement psycho-biologique des épisodes schizophréniques aigus.

Les familles de ces patients sont souvent très ébranlées par les décompensations schizophréniques. Leur collaboration s'impose lorsque le patient vit dans le cadre familial, ce qui parmi nos malades, se passe pour environ la moitié des épisodes schizophréniques aigus. Notre but est alors de rendre le traitement institutionnel possible, en favorisant la collaboration de la famille. La trithérapie augmente les possibilités identificatoires et de ce fait facilite le maintien de l'homéostasie familiale, si importante au début du traitement. Par la suite, les changements d'attitude des membres de la famille par rapport aux thérapeutes peuvent être amortis par la possibilité qu'ils ont de changer les thérapeutes investis; de plus, les traitements collectifs deviennent pour ces familles, un modèle de fonctionnement complémentaire et contractuel.

Enfin, la trithérapie constitue un pivot dans l'articulation du traitement des patients dirigés soit vers l'extérieur, soit vers l'intérieur de l'institution. Elle augmente la capacité de disponibilité, de formation et d'élaboration des infirmiers et de l'ensemble de l'équipe soignante. Les risques de perversion de l'institution se trouvent ainsi diminués.

Nous avons soigné 220 malades au Centre de traitement de jour de Carouge entre 1972 et 1975. La grande majorité des propositions (95 %), était ambulatoire, 80 % afin d'éviter l'hospitalisation et 71 % en état de décompensation aiguë ou subaiguë. Nous n'avons utilisé la clinique que pour 15 % de nos malades.

Nous nous sommes occupés de 70 % de nos patients dans un délai inférieur à trois mois.

Le Centre de traitement de jour a fonctionné surtout comme un Centre de crise, de prévention des hospitalisations et de traitement intensif.

Nous avons constaté, par rapport à l'ensemble de la population prise en charge par la psychiatrie dans le secteur auquel le Centre de traitement de jour a été rattaché, qu'il y a eu une fonction réduite dans la prévention globale des hospitalisations. Pour expliquer cette situation, nous avons signalé dans une étude qui porte sur les médecins, que l'utilisation de l'hospitalisation à temps complet ou de l'unité de jour, varie en fonction des problèmes de communication, de formation et des différences d'attitudes individuelles.

Nous avons proposé la création d'un Centre de tri et de courte durée, centralisant toutes les interventions de garde, urgence et admission psychiatrique du canton de Genève, fonctionnant avec une équipe spécialement formée.

Finalement, nous avons comparé le groupe de malades présentant à l'entrée un épisode schizophrénique aigu et tous les autres patients soignés à l'unité de jour pendant la durée de laquelle a porté notre étude. En ce qui concerne le nombre d'hospitalisations, le pourcentage est égal pour les deux groupes (15 %). Par rapport au temps de traitement, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Ces éléments renforcent notre idée que les épisodes schizophréniques aigus ne sont pas plus difficile à soigner en dehors de la clinique que les autres groupes de cas psychiatriques généraux. Pour pouvoir le faire, il faut pourtant d'abord partir de cette intime conviction et organiser les soins en conséquence.

